

Nom du séjour :  
.....

**APA JH Meuse – 3 rue des Saponaires – 55000 Savonnières devant Bar**

**Mieux connaître pour accompagner au quotidien**

NOM et Prénom du vacancier : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : F  M

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Lieu et adresse de résidence habituelle : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté (adresse et téléphone) : \_\_\_\_\_

**PHOTO D'IDENTITÉ  
OBLIGATOIRE RÉCENTE**

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Coordonnées des responsables (Parents et Institutions) : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de la personne responsable à **contacter** durant le séjour :

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Merci de cocher les items**

**A-t-il déjà participé à un séjour adapté ? OUI  NON**

**1- Sorties et déplacements :**

Est-il :

| Bon marcheur et endurant   | Fatigable à la marche    | Marche avec l'aide d'un tiers |
|--|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Préciser : 1/2h <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> |                          |                               |

Peut monter un escalier sans difficulté  avec aide  escaliers interdits

Utilise-t-il pendant le séjour :

| Canne                    | Déambulateur             | Coque                    | Fauteuil roulant manuel  | Fauteuil roulant électrique |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Permanent <input type="checkbox"/><br>Toutes sorties extérieures <input type="checkbox"/><br>Longues sorties uniquement <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

Autres : \_\_\_\_\_

Est-il capable de faire ses transferts ? (fauteuil – lit et fauteuil – toilettes)

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| Seul<br><input type="checkbox"/> | Avec de l'aide (si oui, combien de personnes ?)<br><input type="checkbox"/> ----- (personnes) | Transfert dans le bus de tourisme<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|---|--|

Le vacancier peut-il voyager dans un minibus non adapté ? : OUI  NON

Description méthode de transfert / habitudes / aide nécessaire à l'équipe : \_\_\_\_\_

Apprécie-t-il les sorties ? OUI  NON

A-t-il une contre-indication à sortir le soir ? OUI  NON

|                               |   |  |   |
|-------------------------------|---|--|---|
| Se repère dans l'espace       | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Lit l'heure                              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Se repère dans le temps       | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Lit les panneaux indicateurs             | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Mémorise un lieu à atteindre  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Sait demander son chemin                 | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Mémorise un trajet            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Sait rentrer à l'heure fixe              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| S'adapte à des lieux nouveaux | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Sait traverser la chaussée sans danger   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Supporte les lieux publics    | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Sort seul sans accompagnement            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Supporte le bruit             | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Sort en petit groupe sans accompagnement | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

## 2 – Loisirs

Sait-il choisir parmi plusieurs activités ? OUI  NON

A-t-il l'habitude de pratiquer des :

Activités manuelles  Préciser : \_\_\_\_\_

Activités sportives  Préciser : \_\_\_\_\_

Aime-t-il :

|   |  |  |
|---|--|--|
| Les activités nautiques<br><input type="checkbox"/> | Sait-il nager ?<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Là où il n'a pas pied ?<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|

Pratique-t-il une activité de loisirs régulière ? OUI  NON

Préciser : \_\_\_\_\_

Description des occupations pendant son temps libre ? \_\_\_\_\_

Peut-il soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, spectacle) ? OUI  NON

A-t-il déjà dormi sous une tente, mobil-home ? OUI  NON

### 3 – Habitudes de vie :

#### 3.1 Généralités

Fumeur : OUI  NON  ... cigarettes autorisées / Gère-t-il seul sa consommation ? OUI  NON

Alcool autorisé : OUI  NON  Préciser : \_\_\_\_\_

Gère-t-il son argent de poche : OUI  NON

A-t-il un objet fétiche ? OUI  NON  Préciser : \_\_\_\_\_

La personne vit-elle habituellement en couple ? OUI  NON

Seront-ils en couple sur le séjour ? OUI  NON

Si oui, dorment-ils :

| Ensemble  | Dans la même chambre                                      | Dans le même lit (lit double)                             |
|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

#### 3.2 Hygiène et toilette

Sait-il :

|   | Seul                     | Avec aide partielle        | Avec aide totale         | Guidance verbale         | Stimulation              |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| S'habiller  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se coiffer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se raser  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se brosser les dents<br><b>Appareil dentaire</b><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnaître ses vêtements   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aller aux toilettes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prendre sa douche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Préciser : \_\_\_\_\_

A-t-il peur de la douche ? OUI  NON

Si oui, avez-vous des astuces pour compenser cette peur : \_\_\_\_\_

Comment prend-il sa douche ?

| Debout                   | Assis                    | Chaise percée            | Chariot douche           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Est-il propre le jour ? OUI  NON  la nuit ? OUI  NON

Utilise-t-il : un urinoir  autres  Préciser \_\_\_\_\_

Porte-t-il des protections (à fournir) : le jour  pendant une longue sortie  la nuit

Fréquence des selles : \_\_\_\_\_

#### 3.3 L'Alimentation

Mange-t-il : seul  avec aide partielle  avec aide totale  guidance verbale

Risque de fausse route ? : OUI  NON

Le vacancier suit-il un régime particulier ? OUI  (joindre la prescription + le protocole) NON

Diabète  hypercalorique  autres  préciser : \_\_\_\_\_

Texture des aliments : haché  mixé  autres  préciser : \_\_\_\_\_

Mange-t-il du pain : normal  pain de mie  sans pain

Description des habitudes de repas : \_\_\_\_\_

Boit-il : seul  avec aide partielle  avec aide totale  stimulation

Boit-il de l'eau gélifiée ? OUI  NON  Si OUI, la fournir

A-t-il besoin de matériels spécifiques ? : OUI  (les fournir) NON

| Couverts                 | Verres                   | Couverts adaptés         | Autres (préciser)              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

A-t-il des troubles alimentaires ? OUI  NON

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Goûts alimentaires : \_\_\_\_\_

Que mange-t-il au petit déjeuner ? \_\_\_\_\_

Peut-il prendre ses repas en dehors du lieu de séjour habituel ? : OUI  NON

#### 4. Sommeil

Dort-il sans souci et sans difficulté ? : OUI  NON

|                                |   |                          |   |
|--------------------------------|---|--------------------------|---|
| Difficultés à l'endormissement | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Lever difficile          | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Se couche tôt                  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Se lève tôt (préciser) : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Peur de l'obscurité            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Fait une sieste          | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Angoisses nocturnes            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Se réveille la nuit      | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Insomnies                      | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                          |   |

A-t-il besoin d'être réveillé la nuit pour aller aux toilettes ? OUI  NON

Préciser l'heure : \_\_\_\_\_

Préciser ses habitudes (positionnement, rituel, objet transitionnel, matériel...) : \_\_\_\_\_

Y'a-t-il des contre-indications à partager la chambre ? OUI  NON

Si oui pourquoi ? : \_\_\_\_\_

## 5. Communication

|                                       |   |                    |   |
|---------------------------------------|---|--------------------|---|
| Comprend                              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Ecrit              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Langage verbal                        | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Lit                | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Langage par gestes, gestes tactiles   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Lit sur les lèvres | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Utilise la L.S.F. (langue des signes) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Logorrhées         | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Utilise pictogrammes, dessins...      | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Itérations         | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Utilise des sons, cris, vocalises     | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Autres :           | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Aphasie                               | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Préciser :         |   |
| Logiciels adaptés                     | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Internet :         | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

A-t-il des difficultés auditives ? OUI  NON

Porte-il un appareil auditif ? OUI  NON  / Gère-t-il seul son appareil : OUI  NON

A-t-il des difficultés visuelles ? OUI  NON

Porte-t-il des lunettes ou lentilles ? OUI  NON

Est-il non voyant ? OUI  NON

A-t-il une prothèse dentaire ? OUI  NON

Porte-t-il des chaussures orthopédiques ? OUI  NON

Sait-t-il utiliser un téléphone ? OUI  NON

Aura-t-il son propre téléphone sur le séjour ? OUI  NON

## 6. Comportement

A-t-il des troubles du comportement ? OUI  NON

|                             |   |                              |   |
|-----------------------------|---|------------------------------|---|
| Sociable                    | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | T.O.C                        |   |
| Avec une personne connue    | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Avec une personne inconnue  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                              |   |
| Rituels :                   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Préciser :</b>            |   |
| <b>Préciser :</b>           |   |                              |   |
| Goûts particuliers :        |   | Mise en danger de soi        | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|                             |   | <b>Préciser :</b>            |   |
| Fugueur (tendance à fuguer) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Automutilation               | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la mémoire      | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Agressivité verbale          | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Crises d'angoisse           | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Agressivité physique         | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Préciser :</b>           |   | <b>Préciser :</b>            |   |
| S'isole                     | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Comportement exhibitionniste | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Fabulation, délire          | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Troubles sexuels             | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Hallucinations              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Préciser :</b>            |   |

|  |   |                       |   |
|--|---|-----------------------|---|
| Phobies<br><b>Préciser :</b>           | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Kleptomane            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|  |   | A peur de la foule    | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Troubles obsessionnels et compulsifs : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Tendance au retrait : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Accepte la présence d'enfants ? OUI  NON

A-t-il des peurs et des craintes ? OUI  NON

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Evènements éventuels ayant provoqué une fragilisation de la personne ? OUI  NON

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**Merci de bien vouloir nous fournir le bilan éducatif pour une meilleure prise en charge.**

**Nous disposons d'une plateforme sécurisée, n'hésitez pas à nous contacter pour connaître la procédure.**

## 8. Courrier

A qui le vacancier (ou l'équipe d'animation) peut-il écrire pendant le séjour ? (Un courrier par séjour) :

| Nom-Prénom (précisez le lien de parenté) | Adresse complète |
|--|------------------|
|  |                  |
|  |                  |
|  |                  |

NOM et Prénom du vacancier :  
Signature

Document renseigné par :  
NOM et Prénom :  
Fonction :  
Signature

