

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) : _____

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"/>	<input type="checkbox"/>
			Toutes sorties extérieures <input type="checkbox"/>	
			Longues sorties uniquement <input type="checkbox"/>	

Autres : _____

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

Seul <input type="checkbox"/>	Avec de l'aide (si oui, combien de personnes ?) <input type="checkbox"/> ----- (personnes)	Transfert dans le bus de tourisme 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 <input type="checkbox"/>	Sait-il nager ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Là où il n'a pas pied ? 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"/>				
Se coiffer	<input type="checkbox"/>				
Se raser	<input type="checkbox"/>				
Se brosser les dents Appareil dentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Reconnaître ses vêtements	<input type="checkbox"/>				
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>				
Prendre sa douche	<input type="checkbox"/>				

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

A-t-il son propre téléphone ? 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"/>	Préciser :	
Préciser :			
Goûts particuliers :		Mise en danger de soi	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Préciser :	
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"/>

Préciser :		Préciser :	
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"/>	Préciser :	
Phobies	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Kleptomane	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Préciser :		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.

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
