



CLUB VACANCES TERRES DU SUD

06 78 08 54 42 / 06 17 88 55 38
terresdusud0683@gmail.com

FICHE RENSEIGNEMENT

Nom, Prénom du vacancier :

.....

RAPPEL : avant de remplir ce document, assurez-vous que les capacités d'autonomie (et comportementales) de votre protégé correspondent au séjour choisi ; il en relève de votre responsabilité. Véhicules, locaux et matériels ne sont ni aménagés, ni médicalisés.

Autorisation

Le vacancier est-il autorisé à : (Rayer la mention inutile)

Se baigner : oui / non

Baignade libre : oui / non

Baignade sous surveillance : oui / non

Gérer seul :

Ses sorties : oui / non

Son argent : oui / non

Ses médicaments : oui / non

Ses vêtements : oui / non

Sa sexualité : oui / non

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Vie quotidienne

Habillement : Oui / Non / Partiellement / A Stimuler / Avec Aide

Toilette : O / N / P / AS / AA

Rasage : O / N / P / AS / AA

Déplacement : O / N / P / AS / AA

Parler : O / N / P / AS / AA

Se faire comprendre : O / N / P / AS / AA

Lire : O / N / P / AS / AA

Écrire : O / N / P / AS / AA

Compter : O / N / P / AS / AA

Comprendre : O / N / P / AS / AA

Entendement : O / N / P / AS / AA

Valeur de l'argent : O / N / P / AS / AA

Le temps qui passe : O / N / P / AS / AA

Orientation : O / N / P / AS / AA

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Capacités physiques

Marche : oui / non

Bon : oui / non

Moyen : oui / non

Limité : oui / non

Vélo : oui / non

Sait nager : oui / non

Couchage en lit superposé : oui / non

Problèmes moteurs (précisez) :

Appareillage

Fauteuil : oui / non

Déambulateur : oui / non

Autre (précisez) :

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Nota : pour la location de fauteuil, ordonnance et carte vitale originale à fournir ; à défaut la location de matériel spécialisé sera re-facturée au vacancier.

Relation avec

Vacanciers : **Bonne / Réserve(e) / Très Affectueux(euse) / Isolé**

Encadrements : B / R / TA / I

Hommes : B / R / TA / I

Femmes : B / R / TA / I

Enfants : B / R / TA / I

Inconnus : B / R / TA / I

Animaux : B / R / TA / I

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Troubles divers

Vue : **Oui / Non / Partiellement / STabilisé**

Parole : O / N / P / ST

Ouïe : O / N / P / ST

Équilibre : O / N / P / ST

Vertige : O / N / P / ST

Sommeil (Chambres collectives, pas de prise en charge nocturne) : O / N / P / ST

Se lève la nuit : O / N / P / ST

Comportement (précisez) :

Vol : O / N / P / ST

Fugue (Locaux non clos et pas de prise en charge nocturne) : O / N / P / ST

Agressivité : O / N / P / ST

Envers lui : O / N / P / ST

Envers les autres : O / N / P / ST

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Comportement addictif

Tabac : **Oui / Non / Partiellement / STabilisé**

Alcool : O / N / P / ST

Café : O / N / P / ST

Nourriture : O / N / P / ST

Autres (Précisez) :

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Morphologie (si soutien à prévoir dans les déplacements et autres gestes de la vie quotidienne)

Poids Taille
(Le portage de personne est manuel)

Pathologies

Diabète : Oui / Non / Partiellement / **ST**abilisé

Régime alimentaire : O / N / P / ST

Précisez :

Épilepsie (Les Animateurs disposent d'aucune compétence médicale) : O / N / P / ST

Fréquence :

Signes annonciateurs :

Asthme : O / N / P / ST

Cardiopathie : O / N / P / ST

Allergie : O / N / P / ST

Précisez :

Énurésie : O / N / P / ST

Nocturne : O / N / P / ST

Diurne : O / N / P / ST

Encoprésie : O / N / P / ST

Nocturne : O / N / P / ST

Diurne : O / N / P / ST

Contraception : O / N

Si oui, précisez le mode :

Traitement médical : O / N

Précisez :

Autres commentaires :

.....
.....
.....

Habitudes culturelles à respecter

.....
.....
.....

Attention et soins particuliers

.....
.....
.....

Je soussigné

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de :

- Autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien, à faire administrer les soins médicaux nécessaires à l'état de santé du vacancier (hospitalisation et intervention chirurgicale y compris).
- Assume la totalité des dépenses ainsi engagées pour le compte du vacancier.

Certifié exact.

À Le

Signature