

Siège Social

Association

Dossier suivi par :
Brigitte MEZANGER
Secrétariat Association
Tél : 02 43 14 30 93
Fax : 02 43 14 30 71
mezanger.brigitte@adapei72.asso.fr

**ATTENTION
FICHE D'AUTONOMIE AU
VERSO A REMPLIR**

Bulletin de Pré-inscription

**A retourner pour le 25 janvier 2019 dernier délai, accompagné de l'acompte de 30 %, à :
Brigitte MEZANGER - ADAPEI de la Sarthe
19, rue de la Calandre – 72021 LE MANS CEDEX 2**

NOM :

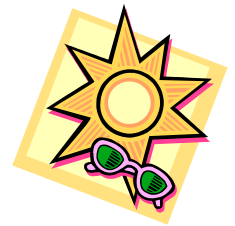
Adresse :
Tél. Dom :
Tél. Port. :

Souhaite inscrire :

NOM :

Etablissement fréquenté :

Prénom :



Prénom :

Age :

<u>LIEU</u>	<u>Dates du séjour proposé</u>	<u>Coût en Euros</u>
SAINT MICHEL CHEF CHEF	<i>Du samedi 3 août au dimanche 10 août 2019 7 jrs</i>	1 500 €

NOM DE LA PERSONNE QUI INSCRIT LE VACANCIER :

Signature :

.../...

NOM ET PRÉNOM DU VACANCIER :

TOILETTE ET HYGIÈNE

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de la douche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• Est énurétique	Le jour <input type="checkbox"/>	La nuit <input type="checkbox"/>	
• Est encopréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à fournir
	Serviettes	Tampons	
• Pour les femmes réglées, port de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires :			

ALIMENTATION

	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide totale
• Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilisation de gélifiant pour boissons	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, à fournir
• Particularités alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquelles (régime, aliments mixés/semi-mixés... joindre ordonnance et protocole)			
Autres remarques (façon de manger, couverts adaptés...)			

SOMMEIL

	Oui	Non
• A des difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A des angoisses nocturnes, des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A un lever difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heure habituelle du coucher :		
• Heure habituelle du lever :		
• Préconisations :		

SANTÉ Compléter la fiche médicale obligatoire

• Poids :kg Taille :m

• Sous traitement médical	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• L'intervention d'une IDE est prévue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prise du traitement	Seul <input type="checkbox"/>	À donner <input type="checkbox"/>
• Pour les femmes, prise de contraceptif	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Déficience visuelle	Non voyant <input type="checkbox"/>	Mal voyant <input type="checkbox"/>
• La personne est équipée de lunettes	<input type="checkbox"/>	En permanence <input type="checkbox"/>
	lentilles <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	canne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déficience auditive : Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malentendant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Commentaires :		
• Port d'appareillage (prothèse auditive, prothèse dentaire, corset, ...)		

EPILEPSIE

	Oui	Non
• PERSONNE ÉPILEPTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stabilisée	Occasionnelle
Si oui, l'épilepsie est-t-elle ?	<input type="checkbox"/>	Fréquente <input type="checkbox"/>
• Malgré l'épilepsie, baignade autorisée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade

• Fume habituellement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Quantité quotidienne :		
• Consommation d'alcool	Interdite <input type="checkbox"/>	Autorisée <input type="checkbox"/>
Si autorisée, quantité et fréquence de consommation :		
Préciser si tendance à l'alcoolisme :		

Nom et qualité de la personne ayant rempli cette fiche :

COMPORTEMENT

	Oui	Non
• A un objet fétiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel :		
• A des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels :		
• Peut se mettre en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans quel contexte :		
• A tendance à	Fuguer <input type="checkbox"/>	Errer <input type="checkbox"/>
• Est sujet(te) aux	Délires <input type="checkbox"/>	Phobies <input type="checkbox"/>
		Hallucinations <input type="checkbox"/>
Lesquels :		

Pour compléter cette rubrique nous tenons à votre disposition une fiche complémentaire de renseignements

RELATIONS

• Si des difficultés relationnelles peuvent se manifester, préciser :

- Lesquelles (blocage, insultes, violence...)?

- avec qui ? (encadrants, les vacanciers, les personnes extérieures au séjour...)

Préconisations (pour éviter ou gérer ces difficultés)?

	Oui	Non	Libre choix
• Vient en couple sur le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, nom du partenaire			
- Partage de la même chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Partage du même lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMUNICATION

	Seul	Avec aide	Non
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langage	Gestes	Cris
• mode de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autre(s) mode(s) de communication :			

ACTIVITÉS - LOISIRS

	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Soutien de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• Choisit une activité parmi plusieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Nage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pratique régulièrement une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laquelle :			
• Autre centre d'intérêt (culturel, artistique, sportif, ludique...)			

ARGENT PERSONNEL

	Oui	Non
• Gérer son argent seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somme habituellement gérée et période : € par	

SORTIES

	Oui	Non	Avec préparation
• Peut sortir seul sans animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est capable de rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• A besoin de temps pour s'adapter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Se repère dans de nouveaux lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Remarques complémentaires :			

MOTRICITÉ / DÉPLACEMENTS

	Fauteuil Roulant	Déambulateur	Canne
• Se déplace en/avec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tout le temps	En sortie	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Monte un escalier seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
• Pour les personnes en fauteuil roulant :			
- emporte son fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- véhicule adapté nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- se maintient debout pour transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Porte des chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- de 30 mn	de 30 mn à 1h	+ d'1h
• Peut marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques complémentaires :			