

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

**Dossier strictement confidentiel*

NOM & PRENOM :



Pôle Ressources
HANDICAP



Pôle Ressources Handicap des Pep de la Manche
24, rue de la poterne - 50000 Saint Lô
TEL : 02 33 57 95 81 ou 06 16 66 21 13
MAIL : patricia.girre@pep50.fr

Fiche administrative

Lieu du séjour :

Du / / Au / /

Comment avez-vous entendu parler du séjour ?

Photo
d'identité
obligatoire

Nom de l'enfant :

Prénom : Sexe : F / M

Date de Naissance : Lieu :

Age : Poids : Taille :

Établissement fréquenté durant l'année :
.....

N° Sécurité sociale :
.....

Adresse :

Coordonnées diverses :

	Nom Prénom	Adresse	Code Postal	Ville	Téléphone et portable	E-mail
Personnes chargées de l'inscription et du suivi du séjour						
Personne à prévenir en cas d'urgence						
Personne à contacter en cas de questions (parents, tuteur, assistant familiale, éducateurs...)						

Droit à l'image :

J'autorise Je n'autorise pas

Les PEP50 à diffuser et reproduire les images représentant mon enfant sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion des PEP et de ses valeurs.

Personne accompagnatrice :

A l'aller : Mme M.....TélTél

Au retour : Mme M.....Tél :

Type de handicap

Handicap moteur



Handicap mental



Handicap visuel



Handicap auditif



Niveau d'autonomie général :

- Bonne autonomie : Sociable, dynamique, participe... *[Présence discrète de l'encadrement]*
- Autonomie relative : Nécessite d'intervenir dans différents domaines. Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). *[Accompagnement actif]*
- Peu d'autonomie : Aide effective dans les actes de la vie quotidienne (habillement, toilette, repas). *[Accompagnement et encadrement renforcé]*
- Prise en charge très importante : rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériel appropriés. Précisez le matériel nécessaire (lit médicalisé, chaise Gaillot, lève personne, verticalisateur...) :
..... *[Prévoir l'ordonnance pour équiper la structure]*

Physique :

- Pas de problème moteur : Bon marcheur.
- Pas de problème moteur : se déplace sans difficulté pour de petites promenades. Fatigable.
- Problèmes moteur : marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil.
- Dépendant d'une tierce personne : personne ne sortant pas ou peu de son fauteuil.

Comportement :

- Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier.
- Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait.
- Comportement instable et atypique. Période de grandes angoisses par crises. Risques d'automutilation et/ou d'agression.

Communication verbale :

- Possédant le langage
- Compréhension générale, mais langage pauvre
- Verbalisation inexistante. Mode de communication très complexe



Le vacancier et la toilette/ hygiène personnelle

Entretien personnel	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnait ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			

	Oui	Non	Autres précisions
Hyper salivation (bave, crachat...)			
A-t-il des difficultés pour uriner ou aller à la selle ?			
Est énurétique le jour			Utilise-t-il des protections ? Si oui, penser à les fournir
Est énurétique la nuit			Utilise-t-il des protections ? Si oui, penser à les fournir
Est encoprétique le jour			Utilise-t-il des protections ? Si oui, penser à les fournir
Est encoprétique la nuit			Utilise-t-il des protections ?

	Oui	Non	Autres précisions
			<i>Si oui, penser à les fournir</i>
A peur de la douche			
Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :			

Pour les filles : **La vacancière est-elle réglée ?** oui non

Si oui, est-elle autonome : oui non

Prend-elle des contraceptifs ? oui non

Si oui, le prend-elle seule : oui non

Si oui, pensez à prévoir les protections et l'ordonnance du contraceptif.



Le vacancier et l'alimentation

Alimentation	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	Oui	Non	Autres précisions
Alimentation mixée			
Aliments coupés fin			
Aliments hachés			
Régime alimentaire			
Risque de fausse-route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc.			
Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, utilisation des couverts, besoin d'accessoires, etc...) :			



Le vacancier et la nuit, le sommeil, le lever, le coucher

Nuit, sommeil, lever, coucher	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur de l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		
Autres précisions et préconisations :		



Le vacancier et la santé

Attention : en cas de prise de médicaments, merci de nous fournir l'ordonnance médicale.

Gestion et suivi du traitement médical	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> pas de traitement	
	<input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> avec assistance	
Se déplace en fauteuil	<input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> non
Port d'un casque de protection	<input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> non
Port de lunettes correctrices	<input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> non
Port de lunettes de soleil	<input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> non
Port de lentilles	<input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> non
Port d'une prothèse dentaire amovible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Port d'une prothèse auditive	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Port de chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Indiquer ci-dessous toutes les précisions complémentaires utiles :



Le vacancier : Habitudes de vie et comportement

Habitudes de vie et comportement	Oui	Non
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche ou renforçateur		
Rituels		
Goûts particuliers		
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisse		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Tendance au retrait		
Cleptomane		
Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :		

Est-il (elle) autorisé(e) à la consommation :

De cigarettes : oui non si oui, quantité journalière :

Relationnel avec les autres dans un groupe :

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

Relationnel à l'animateur :

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

Comportement et manifestations de violence : (indiquez vos recommandations particulières) :

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



Le vacancier et la communication

Communication	Oui	Avec correction	Non
Voit			
Entend			
	Oui	Un peu	Pas du tout
Communique par le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (langue des signes française etc...)			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile			
Communique par pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Ne parle pas			
Parle beaucoup et répète sans cesse			
	Seul	Avec une aide	Non
Ecriture			
Lecture			
Lecture labiale (lecture sur les lèvres)			

	Seul	Avec une aide	Non
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			
Indiquer ci-dessous toutes les précisions complémentaires utiles :			



Le vacancier et les sorties / déplacements

Sorties et déplacements	Oui	Non	Avec une préparation, préciser
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S'adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

Sorties seul(e) autorisées ? oui non



Le vacancier et l'argent de poche

Gestion de l'argent de poche autonome avec une aide non
 Réalisation d'un achat simple autonome avec une aide non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :



Le vacancier et les activités sportives, de loisirs

Activités sportives et de loisirs	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)		
Fatigabilité (préciser)		
Sait nager		
Activités sportives et de loisirs	Oui	Non
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film ou d'un spectacle)		
Peut prendre son repas en dehors du lieu de séjour habituel		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

Centres d'intérêt :

.....

Séjours de vacances déjà réalisés : (remarques diverses)

.....

Divers : (mentionner les informations importantes à nous communiquer)

.....

Coordonnées médecin traitant : Nom :
 Téléphone :

Les vaccinations :

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination obligatoire DT POLIO (joindre impérativement les photocopies des pages du carnet de santé de votre enfant) : oui non

Autres vaccinations (à préciser) :

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication aux vaccins et d'autorisation à participer à un séjour en collectivité.

Les maladies :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui non **Varicelle :** oui non **Angine :** oui non

Rhumatismes : oui non **Scarlatine :** oui non **Coqueluche :** oui non

Otite : oui non **Rougeole :** oui non **Oreillons :** oui non

Prescription médicale en cours (**joindre obligatoirement l'ordonnance**) :

1- Prise des médicaments

Prescription	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 et doses prescrites :				
Médicament 2 et doses prescrites :				
Médicament 3 et doses prescrites :				
Médicament 4 et doses prescrites :				
Médicament 5 et doses prescrites :				

2- Autres soins prescrits :

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

Autres informations :

Allergies connues aux aliments, aux médicaments, etc...

.....

Asthmatique : oui non

Epileptique : oui non Stabilisé : oui non

Signes annonciateurs : Fréquence :

Contre-indications :

Baignade : oui non

Autres activités nautiques : oui non

Autres activités sportives : oui non

Préciser.....
.....
.....

Une activité soutenue est-elle déconseillée : oui non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ? oui non

Quels sont les signes extérieurs qui peuvent aider à déceler une douleur ou un malaise ?

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

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Soins – Intervention chirurgicale :

J'ai bien noté qu'en cas d'urgence médicale ou acte grave, l'association ou le médecin s'efforcera de contacter le parent, le tuteur ou le curateur afin d'obtenir son consentement. A défaut, le consentement du majeur protégé suffira. En cas d'urgence, le médecin doit de toute façon donner les soins nécessaires (art 42C du code de déontologie médicale).

Il est impératif de joindre une copie de l'attestation de prise en charge en cours de validité de l'organisme concerné - SS, MSA : oui non

Bénéficiez-vous de la CMU (Couverture Médicale Universelle) : oui non (joindre une attestation en cours de validité)



Déclaration

Je soussigné (e),

Nom : Prénom : Père, mère, tuteur.....

Représentant légal du mineur majeur protégé Nom Prénom :

Association de tutelle ou curatelle :
.....

N° de téléphone à appeler en cas d'urgence (durant le séjour) : Fixe :

Portable :

E-mail :

Déclare :

- Avoir pris connaissance des modalités d'inscription du séjour à :
- Avoir pris connaissance des conditions d'organisation et d'accueil mises en place par les PEP50
- Autoriser les PEP 50 à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions de soins et d'intervention chirurgicale jugées nécessaires par un médecin ou une personne habilitée
- Autoriser le vacancier à participer à toutes les activités du centre
- M'engager à rembourser les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et d'opération éventuels, avancés par l'association si nécessaire. Le document nécessaire me sera transmis après mon règlement.
- M'engager à payer la part du séjour incombant à la famille.

Fait à

Le.....

Signature