

Fiche individuelle de renseignements



Cette fiche vise à percevoir le participant dans sa globalité afin de répondre au mieux à ses attentes et ses besoins. Dans chaque rubrique, vous retrouverez un espace libre pour préciser tout détail important afin d'assurer le meilleur accueil du participant.
Les renseignements fournis sont à usage interne uniquement.

Joindre une photo d'identité récente

1. Information générale:

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	Sexe:	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>		
Nationalité:	<input type="text"/>	Ville:	<input type="text"/>		
Mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>	Code Postal:	<input type="text"/>		
N° Sécurité sociale:	<input type="text"/>				
Téléphone:	<input type="text"/>				
Mobile:	<input type="text"/>				

Etablissement fréquenté:	
La participant est-il en établissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, type? (IMPRO, Foyer, ESAT?...)	<input type="text"/>
Nom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
CP:	<input type="text"/>
Téléphone:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
Personne référente:	<input type="text"/>
Fonction:	<input type="text"/>

Régime de protection juridique:	
Le bénéficiaire est-il sous régime de protection juridique?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle
Nom de la personne responsable:	<input type="text"/>
Fonction:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
CP:	<input type="text"/>
Téléphone:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>

2. Vie quotidienne:

L'objectif de cette partie est d'avoir une idée précise de l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne du participant afin d'adapter la prise en charge à ses besoins et à ses aptitudes.

Hygiène	
Enurésie	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Encoprésie	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Protections	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Va seul aux toilettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Sait se laver	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Sait se raser	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Sait s'habiller	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Autres précisions:	<input type="text"/>
Sommeil	
Fait la sieste:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Se lève la nuit:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Angoisses/insomnies	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres précisions:	<input type="text"/>
Repas	
Régime particulier:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Autonome prise repas	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Y a-t-il un protocole particulier à suivre?	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>si oui, le préciser dans la fiche médicale</i>
Café autorisé?	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Autres précisions:	<input type="text"/>
Alcool et tabac	
Alcool autorisé:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Alcool fort autorisé:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Tabac autorisé:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Combien en moyenne de cigarette par jour?	<input type="text"/> Remarque: <input type="text"/>
L'animateur doit-il gérer sa consommation?	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Autres précisions:	<input type="text"/>
Déplacements	
Le bénéficiaire est-il conscient des dangers de la circulation?	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Le bénéficiaire a-t-il des contre-indications pour les moyens de transport suivant?	
Voiture, minibus:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Bus, train:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Bateau:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Avion:	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Est-il malade en voiture en montagne? (altitude, virages,...)	oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Autres précisions:	<input type="text"/>

Fiche individuelle de renseignements

Aptitudes			
Capacités physiques:			
Monte les escaliers:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: _____
Peut marcher:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: _____
	Rythme	<input type="checkbox"/> Dynamique <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Lent	Remarque: _____
Béquilles ou cannes	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Fauteuil roulant	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
L'argent de poche est-il autogéré?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: _____
Si non, quel mode de gestion a-t-il été choisi?	Gestion 1 <input type="checkbox"/>	Gestion 2 <input type="checkbox"/>	Gestion 3 <input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire sait-il téléphoner?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Assisté <input type="checkbox"/> Remarque: _____
Peut-il monter à une altitude au-delà de 2000m?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N'est jamais monté <input type="checkbox"/> _____
Peut-il aller dans une eau sulfureuse de baignade (bains thermaux) de + de 35°C?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N'est jamais allé <input type="checkbox"/>
A-t-il le vertige?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Autres précisions: _____			

3. Vie en collectivité:

Les renseignements que vous fournirez permettront à l'équipe d'encadrement de connaître les capacités d'expression et de compréhension du participant ainsi que son comportement au sein d'un collectif.

Communication			
Communique par la parole:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Communique par les gestes:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Communique par la Langue des signes française:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Utilise des pictogrammes	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Si non, sait se faire comprendre?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Est-il pertinent dans ses propos, dans ses gestes?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Comprend facilement ce qu'on lui dit?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Autres précisions: _____			
Comportement au sein d'un groupe			
Le bénéficiaire connaît-il la vie en collectivité? (a-t-il l'habitude de dévoluer au sein d'un collectif?)	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, au quotidien? <input type="checkbox"/> Ou occasionnel <input type="checkbox"/>
Participe-t-il dans les tâches quotidiennes?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doit-il être sollicité? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Quelles sont les tâches qu'il a l'habitude de faire?	_____		
S'intègre-t-il dans un groupe facilement?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si non, quelles sont les recommandations?	_____		
Est-il déjà parti en séjour adapté ou en transfert?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, quels étaient les retours d'expériences?	_____		
Autres précisions: _____			

4. Adaptation:

Cette partie consiste à cerner au mieux les capacités d'adaptation du participant (capacité à se repérer dans l'espace, réaction face aux imprévus...) afin d'adapter au mieux son environnement et son accompagnement.

Orientation spatiale			
Le bénéficiaire sait s'orienter dans un environnement qu'il ne connaît pas:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Sait demander son chemin:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
A l'habitude de sortir seul?	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	de rester seul: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres précisions: _____			
Trouble du comportement			
Dépression: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____	
Si oui symptômes:	_____		
Fréquence:	_____		
Causes:	_____		
Angoisses: oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____	
Dans un environnement bruyant:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Dans un environnement calme:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui symptômes:	_____		
Manifestations agressives: Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Envers soi <input type="checkbox"/>	Envers les autres <input type="checkbox"/>	Envers les objets <input type="checkbox"/>	
Si oui symptômes:	_____		
Fréquence:	_____		
Causes:	_____		
Autres troubles du comportement: Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Précisez:	_____		
Si oui symptômes:	_____		
Fréquence:	_____		
Causes:	_____		
Quelles sont les attitudes préconisées?			

5. Activités et gestion des temps libres:

Cette partie vise à renseigner l'équipe d'encadrement sur les activités à mettre en place lors des loisirs ainsi que sur les précautions à prendre (stimulation, préparation à l'activité etc...).

Activités pratiquées			
Sait nager:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Autorisé à la baignade:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Sait faire du vélo:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Sait monter à cheval:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Remarque: _____
Quels sont les activités favorites (sportives, artistiques...) du bénéficiaire?			

Fiche individuelle de renseignements

Quels sont les attentes en termes d'activités proposées?
Pendant les temps d'attente
Comment la personne investit les temps libres (TV, Lecture, dessin, musique,...)?
Comment la personne vit-elle les moments d'attente?
S'isole: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: _____
Recherche la présence du groupe: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: _____
Recherche la présence de l'équipe d'animation: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: _____
La personne possède-t-elle un objet fétiche ou transitionnel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez: _____
Autres précisions: _____

<p>Je soussigné Mr, Mme, agissant en qualité de*.....</p> <p>Atteste que les informations données ci-dessus, sur la fiche d'inscription sont exactes.</p> <p>L'association SOLHAME décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.</p> <p>Je m'engage par ailleurs à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable du séjour.</p> <p>Fait à : Le:..... Signature:</p>
--

* Responsable légale (père, mère, tuteur) ou le bénéficiaire lui-même si il n'est pas sous un régime de protection juridique.

Droit à l'image

<p>Je, soussigné :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code Postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Agissant en qualité de représentant légal de :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Autorise (rayez les mentions inutiles) :</p> <p><input type="checkbox"/> La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.</p> <p><input type="checkbox"/> La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.</p> <p><input type="checkbox"/> Et m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.</p> <p>Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par l'association SOLHAME.</p> <p>A le</p> <p>Signature :</p>
