

**CONFIDENTIEL**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CE DOSSIER D'INSCRIPTION EST DANS LE SEUL OBJECTIF DE PERCEVOIR LE VACANCIER DANS SA GLOBALITÉ, AFIN DE POUVOIR RÉPONDRE AU MIEUX À SES ATTENTES ET DE L'ORIENTER AU MIEUX AU GROUPE QUI LUI CORRESPONDE. MERCI DE NÉGLIGER AUCUN DÉTAIL QUI POURRAIT NOUS ÊTRE UTILE LORS DE SON SÉJOUR. LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT PROTÉGÉS ET UTILISÉS

UTILISÉ UNIQUEMENT EN INTERNE.

**NOM ET PRÉNOM :**

☐ M. ☐ Mme

**DATES DU SÉJOUR :**

DU AU 2026

**DATES DE NAISSANCE :**

ÂGE: ANS

**ADRESSE DU VACANCIER :**

**TÉLÉPHONE DU VACANCIER :**

**ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ :**

**ÉTABLISSEMENT ADRESSE :**

**NUMÉRO DE CARTE IDENTITÉ OU PASSEPORT :**

**MERCI D'ÉCRIRE  
LE PLUS  
LISIBLEMENT  
POSSIBLE!**

**JOINDRE 1  
PHOTO RÉCENTE**

|  <b>MERCI DE<br/>REMPLEIR TOUS<br/>LES CHAMPS</b> | Nom<br>prénom | fonction | Adresse | Mail | Téléphone |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|---------|------|-----------|
| Personne<br>chargée de<br>l'inscription                                                                                            |               |          |         |      |           |
| facture à<br>envoyer                                                                                                               |               |          |         |      |           |
| Personne à<br>prévenir en<br>cas<br>d'urgence                                                                                      |               |          |         |      |           |
| Contact pour<br>le<br>rapatriement                                                                                                 |               |          |         |      |           |
| Tuteur(trice) ou<br>curateur(trice)                                                                                                |               | X        |         |      |           |



## HYGIÈNE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Va aux toilettes seul(e): oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Se lave seul(e): oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>S'habille seul(e): oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                    | Remarques: |
| Porte des protections la nuit? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Porte des protections le jour? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Autres ? (pendant le séjour) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Remarques: |

## SOMMEIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Peut-il avoir une chambre à l'étage?: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non<br>Fait la sieste?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Se lève la nuit? : <b>oui</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Angoisses / insomnies? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Peut-il partager sa chambre?: oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> | Remarques:<br><br>*Précisez: |
| Heure habituelle du coucher? : .....<br>Peut-il (elle) se coucher plus tard? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Heure habituelle du réveil? : .....                                                                                                                                                                                                                                                                        | Remarques:                   |

**"Si vous cochez 'oui' et que les levés sont réguliers et nombreux, nous nous réservons le droit d'ajouter une personne pour les rondes de nuit, ce qui entraînerait un surcoût."**

*\*Les gîtes offrent peu ou pas de chambres individuelles, selon leur configuration et la composition du groupe. Merci de justifier votre refus. En cas d'impossibilité formelle, nous nous réservons le droit de changer de séjour.*

## REPAS

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Régime particulier?: <b>oui*</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Faut-il hacher les repas?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Café autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si régime, lequel: ..... |
| Autonome pour la prise des repas?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Les repas peuvent-ils être décalé* ? (un peu plus tard le soir par exemple?): oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                     | Remarques:               |

**\*Nous fournir un régime type de la personne**

*\*Nous prenons en compte les prises des médicaments avant tout!*

## ALCOOL ET TABAC

|                                                                                                                                                                                                                                               |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Alcool autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Alcool fort autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Tabac autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Remarques:             |
| <b>Si oui</b> , Combien de cigarettes par jour? : .....<br>L'animateur(trice) doit-il(elle) gérer sa consommation?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                 | Consignes éventuelles: |

## DÉPLACEMENTS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Le bénéficiaire est-il conscient des dangers de la circulation?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Y aurait-il une contre-indication pour les transports suivants?:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Voiture, minibus: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>Bus, train: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>Bateau: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>Avion: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> </ul> Le bénéficiaire a-t-il tendance au mal des transports?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Le bénéficiaire supporte-t-il les longues distances?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>A-t-il tendance à se détacher la ceinture en voiture?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Remarques: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Peut marcher?: + d'1h <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> - d'1h <input type="checkbox"/><br>A quel rythme?: Dynamique <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/><br>Monte les escaliers?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | Remarques:                       |
| Se déplace en fauteuil roulant?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Manuel? <input type="checkbox"/> Électrique? <input type="checkbox"/><br>Se déplace en déambulateur?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Se déplace avec béquilles ou canne?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Peut-il faire ses transferts?: oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> | Remarques:<br><br><br>*Précisez: |

## 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"/><br>Communique par les gestes?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Communique avec la LSF?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Utilise des pictogrammes, images?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Si non, sait-il se faire comprendre?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Est-il pertinent dans ses propos?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Remarques: |
| Comprend facilement ce qu'on lui dit?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Sait écrire?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Sait lire?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Remarques: |

### AU SEIN DU GROUPE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| A-t-il l'habitude de vivre en collectivité?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Au quotidien? <input type="checkbox"/> Occasionnellement? <input type="checkbox"/><br>Participe aux tâches quotidiennes?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>A besoin d'être sollicité?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Tâches qu'il fait habituellement (cuisine, ménage,...):<br><div style="background-color: #e0f0ff; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | Remarques:                       |
| A-t-il l'habitude de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Est déjà parti en séjour adapté ou en transfert avec son établissement?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                              | Remarques (retour d'expérience): |

Précisions (qualité de la relation avec les autres, place dans le groupe,...):



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

Sait-il s'orienter dans un environnement qu'il ne connaît pas?: oui ☐ Non ☐

Sait demander son chemin?: oui ☐ Non ☐

A l'habitude de partir seul?: oui ☐ Non ☐

A l'habitude de rester seul?: oui ☐ Non ☐

Remarques:

## TROUBLE DU COMPORTEMENT

**Dépression?:** oui ☐ Non ☐

Symptômes ?:

Fréquences?:

Causes?:

Précisez:

**Angoisses?:** oui ☐ Non ☐

Dans un environnement bruyant?: oui ☐ Non ☐

Dans un environnement calme?: oui ☐ Non ☐

Symptômes ?:

Précisez:

**Manifestations agressives?:** oui ☐ Non ☐

Envers soi?: ☐ Envers les autres?: ☐

Envers des objets?: ☐

Symptômes, fréquences et causes ?:

Précisez:

**Manifestations agressives?:** oui ☐ Non ☐

De quelle forme ?:

Symptômes, fréquences et causes ?:

Précisez:

Quelles sont les **attitudes préconisées?**



## ACTIVITÉS PRATIQUÉES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorisé à la baignade?:</b><br>Sous surveillance: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>En mer: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>En piscine: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br><b>Sait nager?:</b> oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br><b>Sait nager</b> là où il n'a pas pied?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Quelles sont les activités de loisirs favorites du participant?: |
| Sait faire du vélo?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Sait monter à cheval?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>A le vertige?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Aime-t-il le contact avec les animaux?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Et avec les chien? (traîneau) oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>        | Quelles sont les attentes en terme d'activités ? :               |

## PENDANT LES TEMPS D'ATTENTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Quelles sont les activités privilégiées pendant les temps libres? (lecture, coloriage, TV, musique, dessin,...)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Précisez:  |
| Comment la personne vit-elle les moments d'attente ?:<br>S'isole?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Recherche la présence :<br>Du groupe?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>De l'équipe d'animation?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Possède-t-elle un objet fétiche ? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Lequel: | Remarques: |



Je soussigné Mme, Mlle, Mr :

agissant en qualité de

certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières d'inscription de l'association SOLHAME, les accepte et autorise la présente personne à adhérer à l'association. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.

L'association SOLHAME décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.

D'autre part, en accord avec un médecin, j'autorise l'association SOLHAME à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du participant y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgentes.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_



**Case à cocher**

J'ai pris connaissance et conçois que les informations, y compris les informations « sensibles » recueillies, à partir de ce formulaire sont traitées par l'Association Solhame, en tant que Responsable de traitement, afin de mieux percevoir le vacancier dans sa globalité, et de pouvoir répondre au mieux à ses attentes et de l'orienter vers un groupe qui lui correspond.

Cette collecte est effectuée dans le respect de l'article 6.1.a du Règlement Général sur la Protection des Données, dit « RGPD », selon lequel la personne concernée par la collecte de ses données à caractère personnel consent à ce qu'un traitement soit réalisé par le Responsable de traitement pour les finalités décrites ci-dessus.

Ces informations seront conservées le temps nécessaire au traitement de votre demande d'inscription, et seront ensuite supprimées.

Les données collectées sont à destination exclusive de l'Association Solhame.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant directement par courriel à l'adresse suivante : [contact@solhame.fr](mailto:contact@solhame.fr), ou par voie postale : 25 Rue Saint Jean - 66800 SAILLAGOUSE

Vous pouvez également, à tout moment, introduire une réclamation auprès de la CNIL via son site internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> et/ou à l'adresse postale suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.