



DOSSIER INSCRIPTION 2023

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

UNIQUEMENT EN INTERNE.



NOM ET PRÉNOM :

M. Mme

DATES DU SÉJOUR :

DU AU 2023

DATES DE NAISSANCE :

.....

ADRESSE DU VACANCIER :

.....

TÉLÉPHONE DU VACANCIER :

.....

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ :

.....

ÉTABLISSEMENT ADRESSE :

.....

JOINDRE 1
PHOTO RÉCENTE

	Nom prénom	fonction	Adresse	Mail	Téléphone
Personne chargée de l'inscription					
facture à envoyer					
Personne à prévenir en cas d'urgence					
Contact pour le rapatriement					
Tuteur ou turtice					



HYGIÈNE

Va aux toilettes seul(e): oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Se lave seul(e): oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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"/> Porte des protections le jour? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres ? (pendant le séjour) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques:

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"/>	Remarques:
Heure habituelle du coucher? : Peut-il (elle) se coucher plus tard? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Heure habituelle du réveil ? :	Remarques:

REPAS

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

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

ALCOOL ET TABAC

Alcool autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alcool fort autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tabac autorisé?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques:
Combien de cigarettes par jour en moyenne?: 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"/> Y aurait-il une contre-indication pour les transports suivants: <ul style="list-style-type: none"> • Voiture, minibus: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Bus, train: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Bateau: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Avion: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le bénéficiaire a-t-il tendance au mal des transports ? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le bénéficiaire supporte-t-il les longues distances ? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques:
--	------------

APTITUDES



Peut marcher?: + d'1h <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> - d'1h <input type="checkbox"/> A quel rythme?: Dynamique <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> 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"/> Manuel? <input type="checkbox"/> Électrique? <input type="checkbox"/> Se déplace en déambulateur?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Se déplace avec béquilles ou canne?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques:

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"/> Communique par les gestes?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Communique avec la LSF?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Utilise des pictogrammes, images?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, sait-il se faire comprendre?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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"/> Sait écrire?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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"/> Au quotidien? <input type="checkbox"/> Occasionnellement? <input type="checkbox"/> Participe aux tâches quotidiennes?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A besoin d'être sollicité?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tâches qu'il fait habituellement (cuisine, ménage,...): A besoin d'être sollicité?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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"/> Est déjà parti en séjour adapté ou en transfert avec son établissement?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Peut-il</u> partager sa chambre?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques (retour d'expérience):

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



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

<p>Autorisé à la baignade?: Sous surveillance: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En mer: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En piscine: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sait nager?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sait nager là où il n'a pas pied?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	Quelles sont les activités de loisirs favorites du participant?:
<p>Sait faire du vélo?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sait monter à cheval?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A le vertige?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	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 ?: S'isole?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Recherche la présence : Du groupe?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> De l'équipe d'animation?: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Possède-t-elle un objet fétiche ? : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lequel:	Remarques:

DROIT À L'IMAGE



Je soussigné _____, agissant en qualité de représentant légal de _____
 _____ autorise
 n'autorise pas } à utiliser les photos du participant dans nos diffusions
 (catalogue, réseau sociaux, publications).

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 a 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 : _____

Je consens à ce que l'association SOLHAME traite mes données sensibles dans le cadre de la gestion de mes dossiers de pré-contentieux (protection des données): Oui