

## LE PARTICIPANT

NOM ET PRENOM .....

## THEMES VACANCES ADAPTEES ORGANISEES CHOISIS :

.....  
Dates : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## TRANSPORT :

Départ de Clermont Ferrand, transport souhaité  OUI  NON

## LE PARTICIPANT :

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe  F  M

Adresse : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Nom de la personne référente de l'inscription : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Adresse Email : .....

Le participant est-il sous tutelle ?  OUI  NON

Nature de la tutelle : .....

Nom de la personne : .....

Coordonnées de la tutelle : .....

## CONTACTS DURANT LE SEJOUR :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

- **Durant les week-ends – soirées – jours fériés :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

### COMMUNICATION ET SENS

Vue Voit bien sans lunettes ni lentilles  
 Voit bien avec lunettes ou lentilles  
 Voit difficilement avec lunettes ou lentilles  
 Ne voit pas

Ouïe Entend bien sans appareil auditif  
 Entend bien avec un appareil auditif  
 Entend difficilement avec un appareil auditif  
 N'entend pas

### ALIMENTATION

Mange seul, oui non avec aide  
 Mange avec matériel adapte  
 Mange seul les aliments coupes  
 Mange seul les aliments mixés

### APTITUDES PHYSIQUES

Résistance à la fatigue bonne moyenne  
 faible  
 Gère ses loisirs  
 Participe aux activités  
 Peut suivre une randonnée  
 Peut faire du vélo  
 Sait nager  
 Sait monter à cheval

### PAROLE

Parle bien  
 Parle difficilement  
 Ne parle pas  
 Comprend ce qu'on lui dit

### ORIENTATION

Sait lire et écrire oui non  
 La personne se repère  
 Dans le temps oui non avec aide  
 Les lieux oui non avec aide  
 L'espace oui non avec aide

### COMPORTEMENT

Crise d'angoisse oui non  
 Agressivité verbale oui non  
 Passage à l'acte violent oui non  
 Fugue oui non  
 Cleptomanie  
 A besoin d'une surveillance particulière  
 oui non  
 Si oui pourquoi  
 A conscience du danger oui non  
 Est autorisée à sortir seul oui non  
 Nécessite une présence de nuit  
 oui non  
 Est capable de rentrer à une heure fixe

### ARGENT POUR LES LOISIRS

Gère son argent oui non  
 Justificatif oui non

### FUME

oui non  
 Gère seul ses cigarettes oui non  
 Fréquence, quantité :

### SOMMEIL

Fait la sieste  
 Se lève la nuit  
 Heure habituelle du coucher

### HYGIENE

Toilette visage oui non avec aide  
 Mains oui non avec aide  
 Rasage oui non avec aide  
 Shampoing oui non avec aide  
 Douche oui non avec aide  
 Brossage des dents oui non avec aide  
 Hygiène intime oui non avec aide



**SOUHAITEZ –VOUS UNE FICHE D’OBSERVATION A L’ISSUE DU SEJOUR ?**

**Oui**

**Non**

Pour le bien être de la personne, il est indispensable de connaître certains éléments ; manies, tics, Troubles Obsessionnels Compulsifs, rituels, traitements petites habitudes.

**VIE QUOTIDIENNE** : petites habitudes au lever, coucher, repas, rituels.

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

**VIE SOCIALE** : relations avec les autres résidents et l’encadrement. Adaptabilité à l’environnement.

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

**SECTEURS à RISQUE** : la foule, la solitude, les angoisses nocturnes (besoin d’une lumière la nuit...)

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

**ELEMENTS IMPORTANTS** : tics, T.O.C.S, comportements habituels ou discordants (sexuels, alimentaires.)

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

Vila  
Margeride