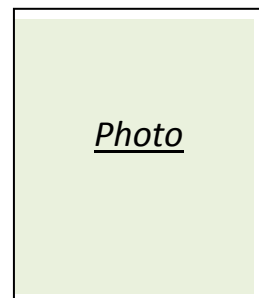


A retourner à la ligue de l'Enseignement 64 dans les meilleurs délais

Merci de remplir entièrement ce questionnaire

Ligue Enseignement 64
17 rue de Boyrie - 64 000 Pau
05 59 32 00 66

sejoursadaptes64@laligue.org



Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Né(e) le : Sexe : M F

Séjour choisi :

Dates :

Personne s'occupant de l'accompagnement pendant le séjour : Tel :

Personne à joindre en cas d'urgence durant le séjour (NOM Prénom) :

Qualité :

Adresse, Cp, Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

PROFIL DU VACANCIER

AUTONOMIE

- Bonne autonomie. Sociable, participant, dynamique. Présence discrète de l'encadrement.
- Autonomie relative. Nécessite d'intervenir dans différents domaines.
Juste à stimuler dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillement). Accompagnement actif.

APTITUDE PHYSIQUE

- Pas de problème moteur. Bon marcheur.
- Pas de problème moteur. Se déplace sans difficulté pour de petites promenades. Fatigable.

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 d'angoisse, de retrait.

MOTRICITÉ, DÉPLACEMENT

Personne :

- | | | |
|--|--|---|
| - Se sert d'une canne : | dynamique <input type="checkbox"/> | fatigable <input type="checkbox"/> |
| - Chaussures orthopédiques : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> |
| - Peut aller seul(e) : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| - Monte un escalier seul(e) : | Sur un lit <input type="checkbox"/> Sur les wc <input type="checkbox"/> Dans un véhicule type minibus <input type="checkbox"/> | |
| - Marche seul(e) : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | + de 60 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> |
| - Se fatigue rapidement : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| - Supporte les lieux publics : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| - A le sens de l'orientation : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| - Sait traverser la chaussée sans danger : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

HIGIÈNE, PROPRETÉ, TOILETTE

- | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| - Fait sa toilette seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> | - À peur du : | bain <input type="checkbox"/> | douche <input type="checkbox"/> | |
| - Se douche seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> | - Change ses vêtements seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> |
| - Se brosse les dents seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> | - Se rase seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> |
| - S'habille seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> | - Se coiffe seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> |
| - Reconnaît ses vêtements | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> | - Se chausse seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | aidé <input type="checkbox"/> |
| - Va aux toilettes seul : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Porte des protections : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | |
| - Est énurétique : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Est encoprétique : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | |

Remarques utiles :

COUCHER, LEVER, SOMMEIL

- | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Se couche tôt (préciser) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - A des insomnies | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Se lève tôt (préciser) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - A un lever difficile | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - A peur de l'obscurité | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Fait la sieste | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Difficultés pour s'endormir | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Se lève la nuit | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - A des angoisses nocturnes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | | | |
| - A un rituel d'endormissement (préciser) | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | |

Remarques utiles :

REPAS, ALIMENTATION

- | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Mange | seul <input type="checkbox"/> | aidé ponctuellement <input type="checkbox"/> | toujours aidé <input type="checkbox"/> | | | |
| - Boit | seul <input type="checkbox"/> | aidé ponctuellement <input type="checkbox"/> | toujours aidé <input type="checkbox"/> | | | |
| - Risque de fausse-route | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Faut-il mixer ses aliments | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Boulimie | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Utilisation de gélifiant pour boire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Anorexie | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Peut boire du café | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Allergies alimentaires | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | - Potomanie | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Si oui lesquelles : | | | | - Régime alimentaire (ordonnance) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Autre : | | | | Préciser : | | |

Remarques utiles (préférences - rejets) :

ARGENT PERSONNEL

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| - Gère seul son argent | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Avec une aide <input type="checkbox"/> |
| - Connait la valeur de l'argent | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | |
| - Sait faire un achat simple | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Avec une aide <input type="checkbox"/> |

Remarques utiles :

COMPORTEMENT / HABITUDES DE VIE

- | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Tendance au retrait | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Phobies | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Tendance à fuguer | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Objet fétiche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Va vers les personnes connues ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Troubles de la mémoire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Va vers les personnes inconnues ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Agressivité | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Rituels | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Crises d'angoisses | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Troubles obsessionnels compulsifs | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Dépressif | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Mise en danger de soi (refus de soin etc.) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Comportements exhibitionnistes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Remarques utiles :

.....

.....

COMMUNICATION

- Parle oui non
- Sait écrire seul Avec une aide non
- Sait lire seul Avec une aide non
- Sait se faire comprendre seul Avec une aide non
- Sait téléphoner seul Avec une aide non
- Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication oui non
- Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée oui non
- Remarques utiles :
-

SORTIES

- Sort seul sans accompagnement oui non
- Se repère dans l'espace oui non
- Mémorise un lieu à atteindre oui non
- S'adapte à des lieux nouveaux oui non
- Lit l'heure oui non
- Sait traverser la chaussée sans danger oui non
- Sort seul en petit groupe sans accompagnement oui non
- Sait demander son chemin oui non
- Se repère dans le temps oui non
- Mémorise un trajet oui non
- Supporte les lieux publics oui non
- Lit les panneaux indicateurs oui non
- Sait rentrer à heure fixe oui non

ACTIVITÉS ET LOISIRS

- Sait faire un choix parmi plusieurs activités oui non
- Pratique régulière d'une activité sportive oui non
- Pratique régulière d'une activité de loisir oui non
- Sait faire du vélo oui non
- A déjà dormi sous une tente, caravane, mobile home oui non
- Précisez les activités régulières et les centres d'intérêts :

PROJET DE SÉJOUR DU VACANCIER

- **Pour quelles raisons le vacancier a-t-il choisi ce séjour ? Quelles sont ses attentes ?**

.....

.....

- **Bref « exposé » éducatif complémentaire pour l'équipe d'encadrement :**

.....

.....

.....

SYNTHÈSE DU SÉJOUR PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR

.....

.....

.....

.....

- **Lieu, date et signature du responsable du séjour :**

.....

SANTÉ

Prescription médicale en cours (joindre la dernière ordonnance)

Piluliers à préparer en quantité suffisante pour la durée du séjour

- A un traitement médical oui non
→ Si oui :
- Prend son traitement seul oui non avec une aide
- | | | | | | |
|------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|------------------------------|
| <u>Surdité</u> : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <u>Problème de vue</u> : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| | Totale <input type="checkbox"/> | Partielle <input type="checkbox"/> | | Cécité totale <input type="checkbox"/> | |
- Allergies connues, aux aliments, aux médicaments etc :
- Asthmatique : oui non Fréquence des crises :
- Epileptique : oui non Fréquence des crises :
- Diabétique : oui non Fréquence des crises :
- Cardiopathe : oui non
- Injections à faire pendant le séjour : oui non Tous les jours Ponctuellement
- Porte des lunettes : oui non - Porte des lentilles : oui non
- Appareil auditif : oui non - Appareil dentaire : oui non
- Appareil oculaire : oui non - Automutilation : oui non
- Consommation de boissons alcoolisées oui non Interdit
- Consommation de tabac oui non
Si oui gère-t-il seul sa consommation ? oui non
Si non préciser la quantité :
- Utilise des produits illicites : oui non Savez-vous lesquels :
- Autres recommandations médicales ou sanitaires :

CONTRACEPTION / RÉGLES / SEXUALITÉ

→ Pour les vacancières :

- La personne est-elle réglée : oui non
- Utilise-t-elle des serviettes périodiques : oui non
- Utilise-t-elle des tampons : oui non

→ Pour tous :

- Si prise d'un contraceptif, préciser lequel :
- Le conjoint est-il inscrit sur le même séjour ? oui non
- Chambre couple (si disponibilité) oui non
- Autres recommandations médicales ou sanitaires :