



PHOTO
OBLIGATOIRE

Vos Habitudes de Vie

Numéro de dossier (à remplir par l'ADAPEI à la réception du dossier) : _____

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Né(e) le : Sexe : Masculin Féminin

Personne Soutien à l'accompagnement du dossier :

Tel :

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

Qualité :

Adresse, Cp, Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Séjour choisi :

Dates :

VOTRE PROJET DE SÉJOUR

- Pour quelles raisons avez-vous choisi ce séjour ?

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

- Quelles sont vos attentes ?

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

Pour que l'offre de séjour vous satisfasse, parlez-nous un peu de vous ...¹

VOTRE MOBILITÉ ET VOS DÉPLACEMENTS

Merci d'entourer l'accompagnement qui vous correspond :

Mobilité et déplacement :

Pas de besoin spécifique :
se déplace seul
(et se repère seul)

Aide permanente :
a besoin d'une
présence ou d'une
aide individuelle,
personnalisée,
systématique pour
se déplacer



Attention particulière
et aide au repérage :
a besoin de préparation
spécifique pour se
déplacer seul ou
présence discrète de
l'encadrement

Aide régulière et/ou
vigilance soutenue :
a besoin d'accompagnement
pour se déplacer en dehors
d'un périmètre restreint

Pour définir un accompagnement qui vous convienne, nous aurions besoin d'en savoir un peu plus...

Pour vous déplacer, vous servez-vous :

- D'une canne
- D'un fauteuil roulant (manuel / électrique)
- D'un déambulateur

Utilisez-vous cette aide au déplacement ? : Tout le temps Occasionnellement

Portez-vous des chaussures orthopédique ? Oui Non

Devons-nous prévoir une location de matériel médical (lève malade, lit médicalisé etc...) ? :

Oui Non

Pour les sorties,

- Avez-vous l'habitude de vous déplacer
 - à pied
 - à vélo
 - avec votre véhicule personnel (précisez) :
 - avec un mode de transport collectif

- marchez-vous seul(e) ? Oui Non + de 60 minutes 30 minutes Accompagné

- avez-vous besoin :

d'un fauteuil confort d'un déambulateur du bras d'un accompagnateur

Autres, précisez :

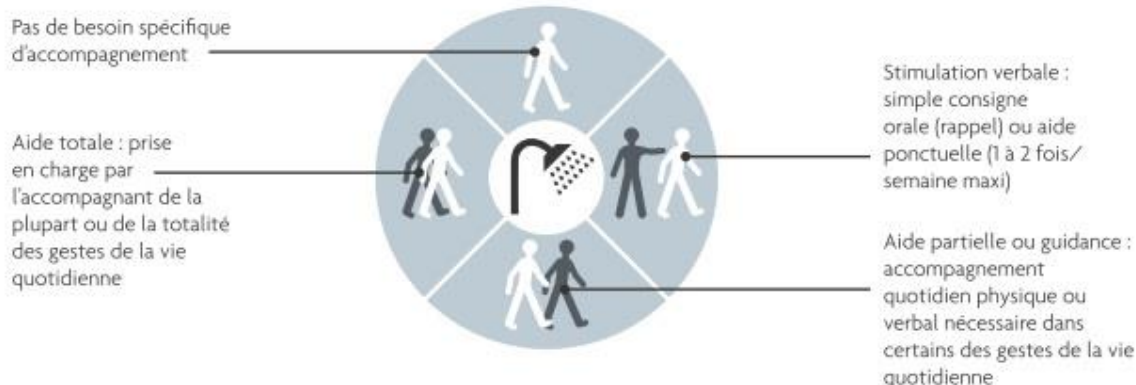
- êtes-vous fatigué(e) rapidement ? Oui Non
- appréciez-vous être dans des lieux publics ? Oui Non
- avez-vous le sens de l'orientation ? Oui Non dans lieux connus
- pouvez-vous traverser la route sans danger ? Oui Non
- pouvez-vous monter seul(e) dans un minibus ? Oui Non
- pouvez-vous faire les transferts de votre fauteuil au siège du véhicule ? Oui Non

¹ Merci de répondre le plus précisément possible pour que l'offre de séjour convienne à vos besoins, vos envies et à vos attentes.

VOTRE VIE QUOTIDIENNE AU NIVEAU DE VOTRE HYGIÈNE

Merci d'entourer l'accompagnement qui vous correspond :

Vie quotidienne (toilette, habillement)



Pour définir un accompagnement qui vous convienne, nous aurions besoin d'en savoir un peu plus...

Savez-vous expliquer votre besoin d'aide à l'animateur ? Oui Non

Faites-vous votre toilette ? Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Vous douchez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Avez-vous l'habitude de prendre : un bain une douche les deux

A quelle fréquence ? :

Vous brossez-vous les dents : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Vous rasez-vous : Seul Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Vous coiffez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Reconnaissez-vous vos vêtements : Oui Non Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Vous habillez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des encouragements

Changez-vous vos vêtements : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Vous chaussez-vous : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Allez-vous aux toilettes : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des encouragements

Portez-vous des protections : Oui Non

Êtes-vous énurétique : Oui Non

Êtes-vous encoprétique : Oui Non

Remarques utiles :

VOS HABITUDES DE SOMMEIL

Pour vous proposer une chambre et un accompagnement qui vous conviennent, dites-nous un peu plus...

A quelle heure vous levez-vous ? Le réveil est-il difficile ? Oui Non

A quelle heure vous couchez vous ? Avez-vous peur de l'obscurité ? Oui

Non

Avez-vous des difficultés à vous endormir ? Oui Non

Avez-vous des rituels d'endormissement (préciser) ? Oui Non

Avez-vous des angoisses nocturnes ? Oui Non

Faites-vous des insomnies ? Oui Non Est-ce que vous vous levez la nuit ? Oui Non

Faites-vous la sieste ? Oui Non

Préférez-vous : Une chambre seul(e)

Une chambre partagée

Avec quelle personne souhaitez-vous partager votre chambre ?

Avez-vous déjà dormi sous une tente, caravane, mobil home : Oui Non

Avez-vous des remarques dont vous souhaiteriez nous parler ?

.....
.....

VOTRE ALIMENTATION

Est-ce que vous mangez :

Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Est-ce que vous buvez :

Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Avez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser : Boulimie Anorexie Potomanie

Risque de fausse route. Si oui, faut-il mixer vos aliments ? Oui Non

Faut-il gélifier votre boisson ? Oui Non

Avez-vous un régime alimentaire ? Oui Non *Merci de nous fournir une copie de votre ordonnance.*

Avez-vous une contre-indication (précisez ci-dessous) :

- pour le café Oui Non
- pour l'alcool Oui Non
- pour certains aliments Oui Non

Avez-vous des remarques dont vous souhaiteriez nous parler (préférences, rejets...) ?

.....
.....

VOTRE ARGENT PERSONNEL

Comment gérez-vous votre argent ? Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Connaissez-vous la valeur de l'argent ? Oui Non

Savez-vous faire des achats : Seul(e) Avec un accompagnement Avec une guidance verbale et des conseils

Le cas échéant, avez-vous un budget tabac à respecter Oui Non

Avez-vous des remarques que vous souhaiteriez partager ?

.....
.....

VOTRE COMPORTEMENT

Pour bien vous accompagner, nous avons besoin de connaître votre comportement habituel.

De manière générale, vous êtes une personne (décrivez votre caractère)

.....
.....

Allez-vous plutôt vers : des personnes connues des personnes inconnues

Face à une difficulté, vous avez l'habitude de...

- gérer seul Oui Non
- demander de l'aide Oui Non
- vous mettre en retrait Oui Non
- vous montrer agressif contre vous contre les autres contre les objets Non

Précisez.....
.....

Comment pouvons-nous vous aider face à une difficulté ?

.....
.....

Avez-vous un objet « fétiche » ? Oui Non. Quel est-il ?

Avez-vous des rituels ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous en dire plus ?

.....
.....

Pouvez-vous avoir peur ou être angoissé(e) lors d'évènements particuliers : Oui Non

Si oui, lesquels :

Comment pouvons-nous vous aider à vous rassurer ?

.....
.....

Remarques utiles :

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

VOTRE COMMUNICATION

Est-ce que vous parlez ? Oui Non

Savez-vous écrire : Seul(e) Avec un accompagnement Non

Savez-vous lire : Seul(e) Avec un accompagnement Non

Réussissez-vous à vous faire comprendre : Seul(e) Avec un accompagnement Non

Savez-vous téléphoner ? Seul(e) Avec un accompagnement Non

Communiquez-vous à l'aide : d'attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication

de pictogrammes, de photos ou d'autres moyens alternatifs

de cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée

Remarques utiles :

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

VOS SORTIES

Sortez-vous seul ? Oui Non

Sortez-vous seul en petit groupe sans accompagnement ? Oui Non

Vous repérez-vous : Dans le temps Dans l'espace

Savez-vous demander votre chemin ? Oui Non

Savez-vous lire les panneaux indicateurs ? Oui Non

Mémorisez-vous : Un lieu à atteindre Un trajet

Êtes-vous à l'aise dans de nouveaux lieux ? Oui Non

Supportez-vous les lieux publics ? Oui Non

Savez-vous lire l'heure ? Oui Non

Savez-vous rentrer à l'heure ? Oui Non

VOS ACTIVITÉS ET LOISIRS

Savez-vous choisir parmi plusieurs activités ? Seul(e) Avec un accompagnement Non

Pour choisir vous avez besoin :

- d'un texte de présentation de l'activité
- d'une photo ou d'une image
- d'une présentation orale

Pratiquez-vous régulièrement : Une activité sportive Un loisir

Quelles sont vos activités régulières et vos centres d'intérêts ?

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

Avez-vous une contre-indication à la baignade ? Oui Non

Savez-vous nager ? Oui Non

POUR VOUS, C'EST QUOI LES VACANCES ?

Pour vous les vacances c'est plutôt :

Sport	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Randonnées	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Détente et Repos	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Visites	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Animaux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	La Mer	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
La Campagne	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	La Baignade	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Bien manger	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Boire un verre au bar	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire des Jeux de société	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Aller au restaurant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Voir d'autres personnes	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Sortir le soir	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faire la grasse matinée	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Faire des activités nautiques	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ne rien faire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Autres :

.....

.....

SYNTHÈSE DU SÉJOUR PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR

.....

.....

.....

.....

- Lieu, date et signature du responsable du séjour :

Santé – Informations Médicales –Confidentiel

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles, elles sont destinées aux professionnels de santé

Numéro de sécurité sociale :

Caisse d’Affiliation :..... **ALD 100% :** oui non

Mutuelle :.....**Numéro de Carte de Mutuelle :**

(fournir le carnet de santé ,la carte vitale et la carte mutuelle lors du séjour)

Nom, Prénom, Adresse et téléphone du Médecin Traitant :

.....

Est-il joignable pendant le séjour ? : oui non

Si la réponse est négative, nom, prénom du médecin joignable pendant le séjour :

.....

Déficiance : intellectuelle cognitive motrice sensoriel psychique

Autres Pathologies associées :

Groupe Sanguin :

Taille :

Poids :

Vaccination Tétanos (ou DTP, Tetracoq...) à jour : oui non

Vaccination Hépatite B à jour : oui non

Ordonnance du :**prescrite par :**

(fournir l’ordonnance lors du séjour)

Médicament Doses prescrites	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament n°1 Doses prescrites				
Médicament n°2 Doses prescrites				
Médicament n°3 Doses prescrites				
Médicament n°4 Doses prescrites				
Médicament n°5 Doses prescrites				

Autres prescriptions complémentaires utiles :.....

Lieu, date et signature :

Le Vacancier :

Le Mandataire si nécessaire

Le Médecin

Autorisation d'Hospitalisation et/ou d'Intervention Chirurgicale

Autorisation d'Intervention Chirurgicale

Nous, soussignés, le vacancier et/ou son mandataire

.....
.....

Autorisons le transfert à l'Hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne :

.....

Fait à le

Signature du Vacancier et/ou du Mandataire :

FICHE EXPLICATIVE ET D'UTILISATION DE L'OUTIL SEMBA

La SEMBA (Synthèse d'Évaluation de Mes Besoins d'Accompagnement) créée par le CNLTA est une méthode qui vous permettra de déterminer les besoins d'accompagnement des personnes dans le cadre de vacances adaptées organisées. Elle vise à remplacer la grille d'évaluation des autonomie précédemment créée par le CNLTA et utilisée par la majorité des organismes de vacances adaptées. La SEMBA est mise en place pour les futurs vacanciers et les personnes qui les accompagnent au quotidien afin qu'ensemble ils définissent au mieux les besoins d'accompagnement nécessaires pour chaque adulte déficient souhaitant partir en séjour de vacances adaptées.

Vie quotidienne (repas, toilettes, habillage) :



Vie sociale et comportement :



Mobilité et déplacement :



Exemple : ici on indique que le séjour est destiné à des vacanciers n'ayant pas besoin d'accompagnement dans la vie quotidienne.

L'Organisme de Vacances Adaptées doit être un réel partenaire pour vous aider à trouver le séjour correspondant au mieux aux besoins d'accompagnement ainsi qu'au souhait de vacances de la personne handicapée. Si vous avez besoin d'aide dans le choix du séjour de vacances adaptées, vous pouvez consulter le manuel rédigé par le CNLTA « Comment choisir son séjour de vacances adaptées ? »

FICHE D'AUTO-ÉVALUATION

semba[®] Synthèse d'Évaluation
de Mes Besoins d'Accompagnement

Je choisis l'accompagnement dont j'ai besoin pour mes vacances :

Vie quotidienne (pour les repas, la toilette, l'habillement) :



Je peux tout faire tout seul



J'ai besoin d'aide mais pas tous les jours

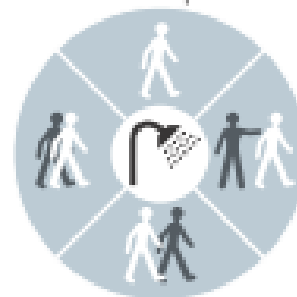


J'ai besoin d'aide pour certaines choses tous les jours



J'ai besoin d'aide tout le temps

Je colorie ce qui
me correspond :



Vie sociale et comportement (avec les autres) :



Je suis bien dans un groupe



J'ai besoin d'aide pour être bien dans un groupe

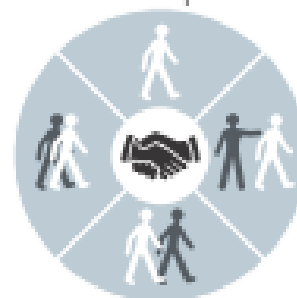


Je ne me sens pas toujours bien dans un groupe



Être dans un groupe me pose des difficultés

Je colorie ce qui
me correspond :



Déplacement et mobilité (pour marcher ou me déplacer) :



Je peux marcher longtemps sans prendre de risque



Je peux marcher seul mais pas longtemps

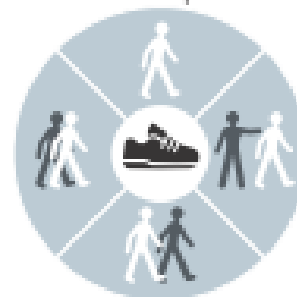


J'ai parfois besoin de quelqu'un pour me déplacer



J'ai toujours besoin de quelqu'un pour me déplacer

Je colorie ce qui
me correspond :



Avec cette fiche, je peux choisir un séjour adapté à mes besoins d'accompagnement et à mes envies.

Je peux feuilleter les brochures de vacances adaptées des adhérents au CNLTA.

