



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 :

NOM et prénom du curateur/tuteur ou responsable légal :

Mail :@..... Tel :

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

Qualité :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

1^{er} choix de séjour :

2^{ème} choix de séjour :

VOTRE PROJET DE SÉJOUR

- Pour quelles raisons avez-vous choisi ce séjour ?

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

- Quelles sont vos attentes ?

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

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...

Je viendrai en vacances avec :

☐ Une canne

☐ Un déambulateur

☐ Un fauteuil roulant manuel

Si oui, pliant :

☐ Oui

☐ Non

☐ Un fauteuil roulant électrique

Si oui, dimension :

Hauteur : cm

Largeur : cm

Profondeur : cm

Poids : kg

Utilisez-vous ce moyen de déplacement ? : ☐ Tout le temps ☐ Occasionnellement

Portez-vous des chaussures orthopédiques ? : ☐ Oui ☐ Non

Devons-nous prévoir une location de matériel médical ? : (Nous louons le matériel, ordonnance obligatoire)

☐ Lève-personne (si oui il est fortement recommandé de venir avec ses propres sangles)

☐ Verticalisateur

☐ Lit médicalisé

Si oui, ☐ Barrières

☐ Potence

☐ Siège de douche

Passage infirmier ☐ Oui ☐ Non - Si oui, précisez les actes (Normacol, nursing, soin cutané...) / Soyez le plus précis possible (moment et temps d'intervention...) :

Pour les sorties :

• Avez-vous l'habitude de vous déplacer : ☐ A pied - ☐ A vélo - ☐ Voiture personnelle

• 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 accompagnant

☐ Autres, précisez :

• Êtes-vous fatigué(e) rapidement ?

☐ Oui ☐ Non

• Appréciez-vous être dans des lieux publics ?

☐ 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

• J'ai un appui plantaire (je peux m'appuyer sur mes jambes pour faire un transfert) ☐ 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.

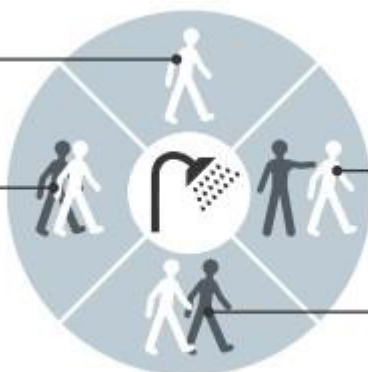
VOTRE VIE QUOTIDIENNE AU NIVEAU DE VOTRE HYGIÈNE

Merci d'entourer l'accompagnement qui vous correspond :

Vie quotidienne (repas, toilettes, habillage) :

Pas de besoin spécifique d'accompagnement

Aide totale : prise en charge par l'accompagnant de la plupart ou de la totalité des gestes de la vie quotidienne



Stimulation verbale : simple consigne orale (rappel) ou aide ponctuelle (1 à 2 fois/semaine maxi)

Aide partielle ou guidance : accompagnement quotidien physique ou verbal nécessaire dans certains des gestes de la vie quotidienne

Vie sociale et comportement :

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

Faites-vous votre toilette : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale

Vous douchez-vous : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale

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

Vous rasez-vous : ☐ Seul ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale

Vous coiffez-vous : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale

Reconnaissez-vous vos vêtements : ☐ Oui ☐ Non

Vous habillez-vous : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale

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

Vous chaussez-vous : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale

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

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 partagée²
- 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
- Est-ce que vous buvez : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale
- Avez-vous des troubles et/ou difficultés alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, pouvez-vous préciser : ☐ Boulimie ☐ Anorexie ☐ Potomanie
- ☐ Allergies alimentaires. Si oui, lesquelles :
- ☐ 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 (*fournir une copie de votre ordonnance*).
- Avez-vous une contre-indication : Pour le Café ☐ Oui ☐ Non
- Pour l'alcool : ☐ Oui ☐ Non
- Pour certains aliments : ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous des remarques dont vous souhaiteriez nous parler (des préférences, des rejets) ?
.....
.....

VOTRE ARGENT PERSONNEL

- Comment gérez-vous votre argent ? ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale
- Connaissez-vous la valeur de l'argent ? ☐ Oui ☐ Non
- Savez-vous faire des achats : ☐ Seul(e) ☐ Avec un accompagnement ☐ Avec une guidance verbale
- 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(e) ☐ Oui ☐ Non
- Vous mettre en retrait ☐ Oui ☐ Non
- Vous montrer agressif ☐ Contre vous-même ☐ Contre les autres ☐ Contre les objets ☐ Non
- Demander de l'aide ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Comment pouvons-nous vous aider face à une difficulté ?

.....
.....

Vous arrive-t-il de fuguer ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des phobies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-vous nous en dire plus ?

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'événements 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 : Précisez

☐ 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 accompagnant ☐ Non
- Pour vous aider à choisir nous pouvons utiliser :
- ☐ Un texte de présentation de l'activité
 - ☐ Une photo ou une image de l'activité
 - ☐ Une présentation ou explication orale
- Pratiquez-vous régulièrement : ☐ Une activité sportive ☐ Un loisir Si oui
quoi :
- Quelles sont vos activités régulières, vos centres d'intérêts, vos passe-temps (dessins, peinture, lecture...) ?
.....
.....
- Avez-vous une contre-indication à la baignade ? ☐ Oui ☐ Non
- Savez-vous nager ? ☐ Oui ☐ Non

C'EST QUOI LES VACANCES ?

Pour vous les vacances c'est plutôt :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Faire du sport | ☐ Faire des randonnées | ☐ Faire des Jeux de société |
| ☐ Détente et Repos | ☐ Faire des visites | ☐ Voir d'autres personnes |
| ☐ Voir des animaux | ☐ Être à la Mer | ☐ Aller au restaurant |
| ☐ Être à la Campagne | ☐ Se baigner | ☐ Sortir le soir |
| ☐ Bien manger | ☐ Boire un verre au bar | ☐ Faire des activités nautiques |
| ☐ Faire la grasse matinée | ☐ Ne rien faire | |

Une demande particulière ? :
.....

Droit à l'image

☐ En cochant cette case je m'oppose à la diffusion et à l'exploitation par Parenthèses de photos ou d'images me représentant. Cela dans le cadre de publications visant à présenter les activités développées par le service (catalogue, site internet, flyers, cadres photos, album souvenirs...).

Santé – Informations Médicale - 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 :

Pour le séjour : Fournir la carte vitale et la carte mutuelle

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 :

.....
Déficience : 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)

Autres prescriptions complémentaires utiles :

Lieu, date et signature :

Le Vacancier :

Le Mandataire si nécessaire

Le Médecin

Autorisation d’hospitalisation et/ou d’intervention chirurgicale

Nous, soussignés, le vacancier et/ou son mandataire : NOM et Prénoms

.....
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 dénommée ci-dessous (Nom et prénoms) :

Fait à le

Signature du Vacancier et/ou du Mandataire :