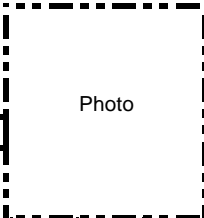




FICHE PERSONNELLE 1

Cidex 4 - 21320 MACONGE Tel 06 82 16 70 18



1 ÉTAT CIVIL

Nom

Prénom

Date de Naissance / / Age ans

Lieu de Naissance

Nationalité

N° S.S.

Vit en Couple avec

Tutelle

2 LIEU de VIE

FAMILLE NOM

FAMILLE d'ACCUEIL ADRESSE

ETABLISSEMENT

APPARTEMENT C.P. VILLE

AUTRE TEL

3 NIVEAUX

AUTONOMIE GÉNÉRALE	<input type="checkbox"/> BONNE	Encadrement discret et ponctuel
	<input type="checkbox"/> MOYENNE	Encadrement actif permanent
	<input type="checkbox"/> FAIBLE	Aide à tous les actes de la vie quotidienne
APTITUDES PHYSIQUES	<input type="checkbox"/> BONNES	Bon-marcheur, sportif
	<input type="checkbox"/> MOYENNES	Correctes, mais fatigable
	<input type="checkbox"/> FAIBLES	Se déplace peu.
COMPORTEMENT SOCIAL	<input type="checkbox"/> TRÈS-BON	Facile à vivre
	<input type="checkbox"/> MOYEN	Instable, nécessite une attention fréquente
	<input type="checkbox"/> DÉLICAT	Prise en charge attentionnée permanente
COMMUNICATION / LANGAGE	<input type="checkbox"/> BON	Langage courant
	<input type="checkbox"/> MOYEN	Langage pauvre mais compréhension générale
	<input type="checkbox"/> DÉLICAT	Communication difficile

4 HANDICAP

DÉFINITION:

CAUSE:

TROUBLES ASSOCIÉS:

SIGNES PARTICULIERS:

	OUI	NON
TRAITEMENT MÉDICAL PERMANENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOINS INFIRMIERS RÉGULIERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORTE d'APPAREIL(S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FICHE PERSONNELLE 2

Cidex 4 - 21320 MACONGE Tel 06 82 16 70 18

NOM Prénom :

5 SPÉCIFICITÉS PHYSIQUES

	OUI	LEGER	NON		
TROUBLES DE LA VUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TROUBLES DE L'AUDITION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
PROBLÈMES DENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
CARDIOPATHIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
ASTHMATIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
DIABÉTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
CONTRE-INDICATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STABILISÉE	<input type="checkbox"/> FRÉQUENCE <input type="text"/>
EPILEPSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOCTURNE	<input type="checkbox"/> DIURNE <input type="checkbox"/>
ÉNURÉSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOCTURNE	<input type="checkbox"/> DIURNE <input type="checkbox"/>
ENCOPRÉSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
RÉGIME ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TROUBLE DE LA SEXUALITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
CONTRACEPTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
SUJET À CONSTIPATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
FATIGABILITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
FAUTEUIL ROULANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>

6 SPÉCIFICITÉS COMPORTEMENTALES

	OUI	LEGER	NON		
SE LAVE SEUL(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
MANGE SEUL(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
VA AUX TOILETTES SEUL(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
S'HABILLE SEUL(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
SAIT GÉRER SON LINGE SEUL(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
SAIT GÉRER SON ARGENT SEUL(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TENDANCE À L'ALCOOLISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TENDANCE AU TABAGISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TENDANCE À FUGUER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TROUBLE DE L'AGRESSIVITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TENDANCE À L'AUTOMUTILATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TENDANCE À S'ISOLER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TROUBLE DU SOMMEIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
TROUBLE DE LA PAROLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
SORTIE SEUL AUTORISÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
PRATIQUE SPORTIVE AUTORISÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
BAIGNADE AUTORISÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>
SAIT LIRE/ÉCRIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision	<input type="text"/>



FICHE PERSONNELLE 3

idex 4 - 21320 MACONGE Tel 06 82 16 70 18

NOM Prénom :

7 SPÉCIFICITÉS SOCIALES

	FACILE	MOYEN	DIFFICILE	
RELATIONS AVEC LE GROUPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
RELATIONS AVEC LES ENCADRANTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
RELATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
EXPRESSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
COMPRÉHENSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>

8 SPÉCIFICITÉS LOISIRS

AIME LE CINÉMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME LA TÉLÉVISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME REGARDER DES DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME ÉCOUTER DE LA MUSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME SORTIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME LIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME LES JEUX DE SOCIÉTÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME LES BALLADES EN VILLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME LES BALLADES DANS LA NATURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>

9 SPÉCIFICITÉS ARTISTIQUES

	OUI	UN PEU	NON	
ATTIRÉ(E) PAR LE CHANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRATIQUÉ LE CHANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LA MUSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRATIQUÉ LA MUSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LE THÉÂTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRAIQUÉ LE THÉÂTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LA DANSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRAIQUÉ LA DANSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LES CONTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
AIME RACONTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LE DESSIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRAIQUÉ LE DESSIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LA PEINTURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRAIQUÉ LA PEINTURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LE MAQUILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRAIQUÉ LE MAQUILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
ATTIRÉ(E) PAR LA PHOTO/VIDÉO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>
A DÉJÀ PRAIQUÉ LA PHOTO/VIDÉO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précision: <input style="width: 480px; height: 15px;" type="text"/>



FICHE PERSONNELLE 4

Cidex 4 - 21320 MACONGE Tel 06 82 16 70 18

NOM Prénom :

10 RESPONSABILITÉS

TUTELLE

PERSONNE A PRÉVENIR en CAS d'URGENCE

11 ORGANISATION PENDANT LE SÉJOUR

Argent de poche : € Précision

Pour les fumeurs

budget "tabac" prévu : € Précision

Est-il prévu qu'un proche rende une visite
durant le séjour ?

OUI

NON

si oui, qui ?

Quand ?



FICHE PERSONNELLE 5

Cidex 4 - 21320 MACONGE Tel 06 82 16 70 18

INVENTAIRE

NOM Prénom :

	DEPART	ARRIVÉE	RETOUR
SOUS VETEMENTS Caleçon/Slip			
Chaussettes (Paire)			
VETEMENTS T-shirt/Maillot de corps			
Short			
Pantalon/Jogging			
Jupe			
Robe			
Sweat shirt/Pull			
Chemise/Chemisier			
NUIT Pyjama			
Chemise de nuit			
TOILETTE Serviette de toilette /Drap de bain			
Gant de toilette			
CHAUSSURES Pantoufles			
Chaussures			
Baskets			
Bottes			
PLUIE Kway ou imper			
Parapluie			
EXTERIEUR Anorak/Manteau/Veste			
Chapeau/Bonnet			
Echarpe/Gants			
ACCESSOIRES Sac à linge sale			
Serviettes de tables			
Maillot de bain			
Téléphone portable			
Ordinateur			
Portefeuilles			
TROUSSE DE TOILETTE			
Brosse à dent			
Dentifrice			
Shampoing			
Savon/Gel douche			
Brosse à cheveux/Peigne			
Rasoir			
NOMBRE DE BAGAGES			



FICHE PERSONNELLE 6

Cidex 4 - 21320 MACONGE Tel 06 82 16 70 18

RAPPORT de COMPORTEMENT QUOTIDIEN

NOM Prénom :

COMPORTEMENTS GÉNÉRAL

COMPORTEMENTS PARTICULIERS

Comportement au lever		
Toilette seul(e) /Rapide/Lent		
Petit déjeuner		
Comportement au coucher		
Rituels		
Endormissement		
Comportement pendant les repas		
Rapidité/Lenteur		
Propreté		
Comportement pendant les activités		
Volonté/Assiduité		
Calme/Perturbant		
Comportement pendant les moments de repos		
Dort/Ne dort pas		
Lit/Se repose/Ecoute de la musique		
Comportement à l'extérieur		
Tendance à fuguer/Reste proche		
Aime/Est mal à l'aise		