

DOSSIER DU VACANCIER

1 ÉTAT CIVIL

Nom

Prénom

Date de Naissance

Nationalité

N° de sécurité sociale

Photo d'identité
obligatoire

2 LIEU de VIE

Famille

Famille d'accueil

Etablissement

Appartement

Autre

Nom

Adresse

C.P. Ville

Tel

Mail

3 RESPONSABLE LÉGAL

Nom

Adresse

C.P. Ville

Tel

Mail

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom

Prénom

Téléphone

4

HANDICAP

Déficiência(s)

Motrice

Sensorielle(s) :

Mentale

Cognitive(s)

Psychique

Polyhandicap :

Troubles associés

Traitement médical permanent

Oui

Non

Soins infirmiers réguliers

Oui

Non

Travaille en ESAT

Autonomie générale

BONNE

MOYENNE

FAIBLE

Encadrement discret et ponctuel

Encadrement actif permanent

Aide à tous les actes de la vie quotidienne

5

SANTÉ - MÉDICAL

Troubles de la vue

Oui

Non

Précisions

Troubles de l'audition

Non

Problèmes dentaires

Non

Cardiopathie

Non

Allergie

Non

Asthme

Non

Diabète

Non

Contre-indication

Non

Epilepsie

Non

Stabilisée

Fréquence

Hypersialorrhée

Non

Énurésie

Non

Nocturne

Diurne

Encoprésie

Non

Nocturne

Diurne

	Oui	Non	Précisions
Trouble de la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sujet à constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fatigabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Port de chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Port de bas de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Port de bandes de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

6 COMPORTEMENT

	Facile	Moyen	Difficile	Précisions
Relations avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Relations avec les encadrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Relations avec l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Oui	Non	Précisions
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trouble de l'agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tendance à l'automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tendance à s'isoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Comportements inadaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Troubles obsessionnels et compulsifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Angoisses / phobies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Délires / hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mise en danger de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Oui	Non	Précisions
Rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tendance à l'alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tendance au tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Z COMMUNICATION

	Oui	Non	Précisions
Voit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Communique par le langage verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Communique par le langage non verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Utilisation du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

8 SORTIES ET DÉPLACEMENTS

	Oui	Non	Précisions
Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mémore un lieu à atteindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
S'adapte à des lieux nouveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Supporte les lieux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lit les panneaux indicateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sortie seul autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

CAPACITÉS MOTRICES

	Oui	Non	Précisions
Difficultés motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Capable de monter quelques marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Capable de monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Baignade surveillée autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pratique sportive autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Sur une courte distance	Ballade / Promenade	Randonneur
Capable de marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOILETTE ET HYGIÈNE CORPORELLE

	Seul	Avec aide partielle	Avec aide constante	Précisions
Se lave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Reconnait ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ALIMENTATION

	Seul	Avec aide partielle	Avec aide constante	Précisions
Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Oui	Non	Précisions
Alimentation mixée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Troubles alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

12 NUIT, SOMMEIL

	Oui	Non	Précisions
Se couche tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A des difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Déambulation nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A des angoisses nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

13 VIE QUOTIDIENNE

Vit en couple	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) présent(e) sur le même séjour, cocher la case <input type="checkbox"/>
Gère seul(e) son argent personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions <input type="text"/>
Gère seul(e) sa consommation de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions <input type="text"/>

14 LOISIRS

	Oui	Non	Ne sait pas
Aime le cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime regarder des dvd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime écouter de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	Ne sait pas
Aime dessiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime les jeux de société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime les ballades en ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime les ballades dans la nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime chanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime le théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15

RAPPORT DE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Veillez décrire dans ce cadre toutes les informations nécessaires à une prise en charge de qualité du vacancier (habitudes de vie au lever /coucher, pendant les repas, lors de l'accompagnement à l'hygiène, pendant les activités / sorties, ses rituels, ...)

16

AUTORISATION D'HOSPITALISATION ou D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal) _____

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 ou de son représentant légal

17

ATTESTATION

Je soussigné, _____ agissant en qualité de _____

déclare avoir pris connaissance des conditions particulières et générales de vente et les avoir transmises au responsable légal. **Je certifie que les informations précisées dans ce dossier sont exactes.** Toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à son accompagnement, à sa sécurité, à sa santé et à son bien-être pourra faire l'objet d'un signalement aux autorités compétentes.

Fait à _____, le _____

Signature

18

PIÈCES à FOURNIR

Liste des pièces à fournir pour le départ en séjour (ces documents peuvent, soit nous être transmis avant le séjour, soit être présents dans la valise du vacancier au moment du départ).

- Photocopie de l'attestation de sécurité social en cours de validité
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Certificat médical autorisant le séjour