

FICHE COMPLÉMENTAIRE D'INSCRIPTION

TITRE DU SÉJOUR

DATES : du au
du au

L'ENFANT OU ADOLESCENT (Ecrire en majuscules)

NOM

PRÉNOM

Nature des difficultés ou du handicap :

- moteur psychique trouble dys. Préciser :
- intellectuel autisme sensoriel. Préciser :
- autre. Préciser :

RELATIONS

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- va facilement vers les adultes Oui Non • vers les autres participants Oui Non

Décrire, expliciter la relation aux autres, la participation de l'enfant ou de l'adolescent aux tâches collectives :

.....

.....

.....

COMTE RENDU

Je souhaite recevoir un comte rendu de séjour Oui Non

COMMUNICATION ET ÉCHANGE

L'enfant ou l'adolescent concerné :

PRÉCISIONS ÉVENTUELLES

- parle Oui Non
- se fait comprendre par mots Oui Non
- se fait comprendre par gestes Oui Non
- se fait comprendre par images ou pictogrammes
(les joindre si besoin) Oui Non
- Autre mode de communication (joindre feuille annexe si nécessaire)
- est capable d'exprimer un/des choix Oui Non
- est capable d'exprimer une douleur, un mal-être,
une angoisse Oui Non
- sait téléphoner Oui Non
- sait lire et écrire Oui Non

FICHE COMPLÉTÉE PAR :

Nom

Prénom

Qualité

Tél

Mail

.....

COMPORTEMENT

Indiquez si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières. Il est important de préciser les attitudes à adopter, les précautions à prendre.

L'enfant ou l'adolescent est-il susceptible de :

- "fuguer" Oui Non
- avoir un comportement agressif Oui Non
- avoir des gestes de violence :
 - envers lui-même Oui Non
 - envers les autres Oui Non

Le vacancier est-il sujet :

- aux hallucinations Oui Non
- aux phobies Oui Non
- aux délires Oui Non
- à l'isolement Oui Non
- à l'agitation Oui Non
- aux rituels Oui Non

Y a-t-il d'autres points, éléments, précautions, sur lesquels vous souhaitez insister ? (comportements, habitudes, crises, situations difficiles...)

.....

.....

.....

Merci de nous indiquer ici vos conseils ou méthodes pour réagir dans la gestion de crises, ou des attitudes particulières à avoir :

.....

.....

.....

REPÈRES

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- repère les moments clés de la journée Oui Non
- se repère dans les lieux Oui Non

Quel accompagnement utilisez-vous pour lui faciliter cette prise de repères ?

.....

.....

.....

REPAS

Mange seul Oui Stimulé Non

Mange seul avec des couverts adaptés Oui Non Lesquels.....

Doit avoir des aliments : mixés moulinsés émiettés

Dans le cas d'un régime particulier, joindre **obligatoirement** un document annexe.

Vigilance sur les quantités Oui Non

VIE QUOTIDIENNE

- S'occupe seul de ses affaires personnelles Oui Stimulé Accompagné Non
 Reconnaît ses effets personnels (linge, objet) Oui Non

SOMMEIL

- Se couche tôt (après le dîner) Oui Non
 A des difficultés à s'endormir Oui Non
 Est sujet aux insomnies, aux angoisses Oui Non
 Se lève la nuit Oui Non
 A un lever difficile Oui Non
 Fait la sieste Oui Non

HYGIÈNE

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- sait aller aux W.C. Oui Stimulé Accompagné Non
- est sujet à l'énurésie Diurne Nocturne Non
- est sujet à l'encoprésie Diurne Nocturne Non
- porte des protections Oui De jour De nuit Non
- fait sa toilette Oui Stimulé Accompagné Non
- sait se raser Oui Stimulé Accompagné Non
- sait s'habiller Oui Stimulé Accompagné Non

ACTIVITÉS

- Sait choisir une activité parmi plusieurs Oui Non
 Baignade autorisée Oui Non Sait nager Oui Non

CAPACITÉS PHYSIQUES

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- est Peu fatigable Très fatigable
- peut marcher Moins d'1 heure 1 heure Plus d'1 heure
- a besoin de soutien lors des déplacements Oui Non

SORTIES ET DÉPLACEMENTS

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- marche seul Oui Non
- sur sol plat : Oui Non et/ou sur sol tout terrain Oui Non
- marche avec une aide Oui Non
- sur sol plat Oui Non et/ou sur sol tout terrain Oui Non
- Si oui, quel est le type d'aide
- peut monter/descendre un escalier seul Oui Non
- sait demander son chemin Oui Non

MÉDICAL

L'enfant ou l'adolescent a-t-il un traitement médical lié à ses difficultés, son handicap ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

(Joindre ordonnance et protocole médical)

Nécessite des soins infirmiers autres que la prise du traitement

Oui Non

Si oui, de quel type ?

Pour une prise en compte de ces soins, joindre impérativement une copie de l'ordonnance, la programmation et le nom et les coordonnées du cabinet concerné avant le début du séjour.

ATTENTES OU SOUHAITS

L'enfant ou l'adolescent concerné a-t-il des souhaits particuliers ?

.....

HABITUDES

Durant les vacances, est-il important qu'il respecte certaines habitudes, certains rites ?

(Exemple : allume sa radio le matin, fait du dessin, aime écouter la musique...)

.....

NOTE COMPLÉMENTAIRE À L'ATTENTION DE L'ÉQUIPE

Cet espace est proposé afin de poser en quelques lignes une ou des informations complémentaires qui permettront à l'équipe de mieux accueillir l'enfant ou l'adolescent, qui peut aussi participer à cette écriture.

.....

N'hésitez pas à joindre à votre dossier la fiche individuelle de liaison, les synthèses des ESS...



Date

.....

Signature

.....
