

# FICHE COMPLÉMENTAIRE D'INSCRIPTION

Cette fiche nous permet de connaître précisément les besoins en accompagnement de l'enfant. Merci d'indiquer toutes les informations utiles à sa bonne prise en charge par l'équipe.

**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 : .....

FICHE COMPLÉTÉE PAR :

Nom .....

Prénom .....

Qualité .....

Tél .....

Mail .....

## VIE QUOTIDIENNE

### SORTIES / DÉPLACEMENTS

Marche seul sur sol plat     Oui     Non

Marche seul sur tout terrain     Oui     Non

Sait demander son chemin     Oui     Non

Peut monter / descendre un escalier seul     Oui     Non

Utilise un fauteuil roulant occasionnel     Oui     Non

### HYGIÈNE

Sait aller aux WC     Oui     stimulé     Non

Est sujet à l'énurésie     diurne     nocturne     Non

Est sujet à l'encoprésie     diurne     nocturne     Non

Porte des protections     Oui     Non

Fait sa toilette     Oui     stimulé     Non

Sait se raser     Oui     stimulé     Non

Sait s'habiller     Oui     stimulé     Non

S'occupe seul de ses affaires personnelles     Oui     stimulé     Non

Reconnaît ses effets personnels (linge, objets)     Oui     Non

### 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 l'ordonnance.

Vigilance sur les quantités     Oui     Non

### CAPACITÉS PHYSIQUES / ACTIVITÉS

Physique     dynamique     fatigable     très fatigable

Peut marcher     < 1h     1 heure     > 1h

Besoin de soutien lors des déplacements     Oui     Non

Sait choisir une activité parmi plusieurs     Oui     Non

Sait nager     Oui     Non

Baignade autorisée     Oui     Non

### SOMMEIL

Se couche tôt (après le dîner)     Oui     Non

A des difficultés pour s'endormir     Oui     Non

Est sujet aux insomnies / angoisses     Oui     Non

Se lève la nuit     Oui     Non

A un lever difficile     Oui     Non

Fait la sieste     Oui     Non

### COMMUNICATION

Sait téléphoner     Oui     accompagné     Non

Sait lire et écrire     Oui     accompagné     Non

Parle     Oui     Non

Se fait comprendre par mots     Oui     Non

Se fait comprendre par gestes     Oui     Non

Se fait comprendre par images ou pictogrammes     Oui     Non

(les joindre)

Autre mode de communication : .....

.....

Est capable d'exprimer un choix     Oui     Non

Est capable d'exprimer une douleur, un mal-être, une angoisse

Oui     Non

Précisions éventuelles : .....

.....

.....

.....

## RELATIONS

L'enfant ou l'adolescent concerné :

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

Décrire, expliciter la relation aux autres :

.....

.....

.....

## COMPORTEMENT

Indiquez si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières ayant des conséquences sur les activités et la vie quotidienne. Précisez les attitudes à adopter, les précautions, la vigilance.

Le vacancier est-il susceptible de :

“Fuguer”  Oui  Non .....

Avoir un comportement agressif  Oui  Non .....

Avoir des actes 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 .....

A l'agitation  Oui  Non .....

Aux rituels  Oui  Non .....

A l'isolement  Oui  Non .....

A-t-il des habitudes  
 culturelles importantes à respecter  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 ?

.....

.....

.....

## INFORMATIONS FACILITANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Personnalité, repères, rituels, goût pour les activités, relation aux autres, besoin en repos, autonomie, hygiène...

.....

.....

.....

## 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

.....