

➔ Dossier d'inscription

Renseignements de la personne

PHOTO D'IDENTITÉ OBLIGATOIRE

Ce dossier est à compléter par vous-même qui partez en séjour, votre famille, votre tuteur et/ou les professionnels qui vous accompagnent.

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à sa rédaction. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près vos besoins et de contribuer à votre accueil.

Nom :

Prénom(s) :

➔ Votre niveau d'autonomie :

Bonne autonomie : vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.

Peu d'autonomie : vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.

Dépendance très importante : vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

➔ Vos déplacements :

Vous êtes un bon marcheur

Vous montez des escaliers sans difficulté

Vous êtes fatigable à la marche

Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté

Si oui, répondez aux questions suivantes :

➔ Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquille pour vous déplacer ? Oui Non

➔ Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?

De manière permanente

Pour vos déplacements extérieurs

➔ Avez-vous un fauteuil roulant électrique ? Oui Non

➔ Y-a-t-il des restrictions à rester en position assise ? Oui Non

Si oui : nombre d'heure maximum :

➔ Portez-vous ou utilisez vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...etc.)? Oui Non

Au besoin, les fournir pour la durée du séjour

➔ Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? Oui Non

➔ Etes-vous capable de faire vos transferts (fauteuil > lit et fauteuil > toilettes) ? Seul(e)

Avec de l'aide

Si oui, combien de personnes ?

Décrivez-nous la méthode de transfert à employer / vos habitudes / l'aide qu'on peut vous fournir

➔ Que vous vous déplaçiez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ? Oui Non

Si oui, combien de temps ?

➔ Vos modes d'expression et de communication :

Bonne communication : vous vous exprimez sans difficulté et possédez une bonne compréhension générale des sujets dont on parle

Compréhension générale mais langage pauvre : vous avez quelques difficultés à vous exprimer

Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale
Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations et au besoin, fournissez les supports (ex : pictogrammes)

Mode de communication très complexe et verbalisation inexistante
Savez-vous : Lire ? Écrire ?

Avez-vous des difficultés auditives ? Oui Non

➔ Si oui, portez-vous :

Un appareil auditif ?

un autre appareil (ex : casque filtrant)

Avez-vous des difficultés visuelles ? Oui Non

➔ Si oui,

Portez-vous des lunettes ?

Etes-vous malvoyant ou non-voyant ?

Commentaires éventuels :

➔ Vos habitudes de vie :

Alimentation / Goûts alimentaires

De manière générale, qu'est-ce que vous aimez/n'aimez pas ?

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

Si oui, joindre la prescription médicale ou le protocole.

Portez-vous une prothèse dentaire ?

Oui Non

Inférieure

Supérieure

Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ?

Oui Non

Avez-vous besoin que votre nourriture soit hachée ?

Oui Non

Avez-vous besoin d'aide pour manger ? Oui Non

Si oui, fournir au besoin vos couverts adaptés

Avez-vous besoin d'aide pour boire ? Oui Non
Si oui, fournir au besoin le verre spécifique

Consommez-vous de l'eau gélifiée ? Oui Non
Si oui, fournir l'eau gélifiée pour la durée du séjour

Hygiène

Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? : Oui Non
Avez-vous besoin d'aide : Oui Non
Pour vous laver ? Oui Non
Pour vous habiller ? Oui Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

→ Avez-vous besoin :

- D'une chaise pour prendre votre douche ?
- D'un lit-douche pour prendre votre douche ?
- D'aide pour aller aux toilettes ?

→ Portez-vous des protections ?

- Le jour
- La nuit

Si vous êtes un homme, vous rasez-vous tout seul ?

- À l'aide d'un rasoir électrique
- À l'aide d'un rasoir mécanique

Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?

Oui Non

Si oui, quel type de prothèse et quel protocole à suivre ?

Sommeil

Dormez-vous bien ? Oui Non

Faites-vous une sieste en journée ? Oui Non

Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non

Vous réveillez-vous la nuit ? Oui Non

Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ? Oui Non

Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

☞ Vos habitudes de vie :

Généralités

Etes-vous fumeur(-se) ? Oui Non

Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?

→ Par jour :

→ Par semaine :

→ Gérez-vous seul(-e) votre consommation de tabac ? Oui Non

De manière occasionnelle, consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

(Sauf contre-indication et incompatibilité médicale)

Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ? Oui Non

Loisirs

Quelles sont les activités que vous appréciez ?

→ Dans votre quotidien :

Activités manuelles :

Activités sportives :

→ Pendant vos vacances :

Activités manuelles :

Activités sportives :

Savez-vous nager ? Oui Non

Etes-vous autorisé (-e) à la baignade ? Oui Non

Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ? Oui Non

Savez-vous faire du vélo ? Oui Non

Avez-vous peur des animaux ? Oui Non

Si oui, lesquels :

De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

☞ Courrier(s) / Téléphone

Posséderez-vous un téléphone portable au cours du séjour ? Oui Non

A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?

Noms, prénoms, Lien de parentalité / d'amitié, Adresse complète et téléphone :

→

→

Relation à l'autre

Comportement sociable ouvert: vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance

Comportement ritualisé repérable : vous pouvez être instable dans votre mode de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais pouvez avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait

Comportement instable et atypique : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'automutilation et/ou d'agression

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ? Oui Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions, verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ? Oui Non

Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (mutilations, crises d'angoisse, autres) ?

Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risques de fugue) ? Oui Non

Précisez tout commentaire ou remarque que vous jugerez utile dans un rapport écrit à joindre au présent dossier.