

{ *Nom du vacancier :*
..... }

FICHE DE CONNAISSANCE

RAPPEL : avant de remplir ce document, assurez-vous que les capacités d'autonomie (et comportementales) de votre protégé correspondent au séjour choisi ; il en relève de votre responsabilité. Véhicules, locaux et matériels ne sont ni aménagés ni médicalisés.

IMPORTANT : il nous est impératif d'avoir en notre possession la fiche d'inscription et de connaissance parfaitement remplis 1 mois avant le départ, sans cela nous nous réservons le droit de refuser l'accueil du participant.

AUTORISATION

Le vacancier est autorisé à :

	O	N
Se baigner :		
Libre		
Sous surveillance		
Gérer seul :		
Ses sorties		
Son argent		
Ses médicaments		
Ses vêtements		
Sa sexualité		

RELATION AVEC

	B	R	TA	I
Vacanciers				
Encadrements				
Hommes				
Femmes				
Enfants				
Inconnus				
Animaux				

VIE QUOTIDIENNE

	O	N	P	AS	AD
Habillement					
Toilette					
Rasage					
Déplacement					
Parler					
Se faire comprendre					
Lire					
Ecrire					
Compter					
Comprendre					
Entendement					
Valeur de l'argent					
Le temps qui passe					
Orientation					

Habitude culturelle à respecter :

.....

TROUBLES DIVERS

	O	N	P	ST
Vue				
Parole				
Ouïe				
Vertige				
Equilibre				
Se lève la nuit				
Sommeil Chambres collectives, pas de prise en charge nocturne				

	O	N	P	ST
Agressivité Attention, comportement asocial non accepté				
Vol				
Fugue Attention, locaux non clos et pas de prise en charge nocturne				
Envers lui				
Envers les autres				

Comportement (précisez) :

.....

PATHOLOGIES

	O	N	P	ST
Diabète				
Régime alimentaire Précisez :				
Epilepsie				
Fréquence				
Signe annonciateur				
Asthme				
Cardiopathie				
Allergie (précisez)				
Allergie (précisez)				
Enurésie				
Nocturne				
Diurne				
Encoprésie				
Nocturne				
Diurne				
Contraception Si oui, précisez le mode :				
Contraception Si oui, précisez le mode :				
Traitement médical				

CAPACITES PHYSIQUES

	O	N
Marche		
Bon		
Moyen		
Limité		
Vélo		
Sait nager		
Couchage lit superposé		
Problème moteur Nature du handicap (précisez)		
Appareillage		
Fauteuil		
Déambulateur		
Autres (précisez)		

MORPHOLOGIE (si portage)

Poids Taille

Attention : séjour polyhandicap, poids maxi 70 kg. Le portage de personne est manuel.

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné agissant en qualité de

- 1) Autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien, à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé du vacancier dont son hospitalisation voire une intervention chirurgicale.
- 2) Prendra en charge la totalité des dépenses ainsi engagées pour le compte du vacancier.

Certifié exact.

A

Le

Signature

O = Oui / N = Non / P = Partiellement / AS = A stimuler / AD = Avec aide / ST = Stabilisé / B = Bonne / R = Réserve / TA = Très affectueux / I = Isolé