

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Préalable à l'inscription définitive – Enfant atteint de handicap en séjour classique

Dans le but d'assurer l'accueil de votre enfant sur le séjour et de préparer son intégration, l'équipe doit nécessairement connaître ses besoins.

Coordonnées :

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom du responsable légal :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Type de déficience :

Mentale/Psychique (*Précisez :*)

Moteur (*Précisez :*)

Sensorielle (*Précisez :*)

Lieu d'habitation de l'enfant ou de l'adolescent :

En famille

Toute l'année

En famille d'accueil

Durant les vacances scolaires

Les week-end

En établissement

Toute l'année

Internat

Durant les vacances scolaires

Externat

Les week-end

Votre enfant est-il scolarisé, si oui, dans quel type d'établissement ?

Oui :

Non

Votre enfant est-il suivi par un établissement spécialisé ?

Oui

Non

Si oui, merci de noter ces quelques informations relatives à l'établissement ou au service suivi :

Nom de l'établissement :
Lieu : N° de téléphone :
Nom de la personne référente au sein de l'établissement ou du service :
.....

Votre enfant a-t-il déjà participé à une colonie de vacances ou à une autre expérience de vie collective ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser les dates et le nom et coordonnées de l'organisme :
.....
.....

Les difficultés rencontrées lors de ces premières expériences :
.....
.....
.....

Vie quotidienne :

ORIENTATION

Votre enfant est-il :

En mesure de se repérer dans le temps : Oui Non

En mesure de se repérer dans l'espace : Oui Non

A-t-il conscience du danger ? Oui Non

TRANSFERTS

Note : A = est autonome, se débrouille seul

B = a besoin d'une aide ponctuelle

C = n'est pas autonome, a besoin d'une aide constante

	A	B	C
Se lever			
Se coucher			
S'asseoir			

DEPLACEMENTS

Votre enfant utilise-t-il une canne ? Oui Non

Se déplace-t-il en déambulateur ? Oui Non

Se déplace-t-il en fauteuil roulant ? Oui Non

Sait nager : Oui Non

Si oui, Bien Moyen Mal

Sait skier : Oui Non
 Si oui, Bien Moyen Mal

	A	B	C
Marcher			
Courir			
Descendre et monter les escaliers			

TOILETTE, HYGIENE CORPORELLE

	A	B	C
Faire sa toilette (visage, mains, coiffage)			
Se brosser les dents			
Se doucher			

HABILLAGE

	A	B	C
Mettre et enlever le haut			
Mettre et enlever le bas			
Lacer, boutonner et fermer la fermeture éclair			
Mettre les chaussettes et les chaussures			
Choisir et préparer ses vêtements			
Savoir tenir ses vêtements (change, lavage,...)			

ALIMENTATION

	A	B	C
Se sert des plats			
Utilise un couvert pour porter les aliments à sa bouche			
Coupe avec un couteau			
Enlève les arêtes, ouvre un yaourt, pèle un fruit			
Boit et tient un verre			

PROPRETE, CONTINENCE

Va au toilette seul ? Oui Non
 S'essuie seul aux toilettes ? Oui Non

Enurésie : Diurne Nocturne Permanente Intermittente
 Encopresie : Diurne Nocturne Permanente Intermittente

GESTION, COMMUNICATION

Votre enfant gère-t-il ses propres affaires et son argent de poche ? Oui Non

S'exprime-t-il facilement ? Oui Non

Si non, sait-il se faire comprendre ? Oui Non

Comprend-t-il ce qu'on lui dit ? Oui Non

Sait écrire : Oui Non

Sait lire : Oui Non

Dessine : Oui Non

Centres d'intérêt :

Votre enfant pratique-t-il un sport ou une activité extérieure ? Si oui, le/laquel(le) ?

.....
.....
.....

Votre enfant a-t-il des centres d'intérêt particuliers ?

.....
.....
.....

Combien de temps votre enfant peut-il mobiliser sa concentration ?

.....

Comportement :

Sociabilité générale : Moyenne Bonne Très bonne

Votre enfant est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur ?

Oui Non

Si oui, qu'est-ce qui caractérise le trouble ou la crise, quel en est le déclencheur ?

.....
.....
.....
.....
.....

Est-il agressif ? Oui Non

Si oui : Physique Verbale

Qu'est-ce qui peut le calmer ?

.....
.....
.....

.....
.....

Quelles autres informations souhaiteriez-vous communiquer aux personnes qui accueilleront votre enfant sur le séjour ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Certificat Médical d'aptitude à la vie en Collectivité établi par :

Le Docteur Le
(joindre le certificat à cette fiche)

Date et signature :

----- Encadré réservé à Odcvl pour validation définitive du projet -----
<input type="checkbox"/> Contrôle des renseignements préalables effectué par le
<input type="checkbox"/> Avis du professionnel de santé reçu le
<input type="checkbox"/> Avis APF ou Collectivité
<input type="checkbox"/> Avis du référent pour le séjour envisagé le