



DOSSIER D'INSCRIPTION

IDENTITE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° CI / Passeport :

Date de Validité :

PHOTO

SEJOUR : Dates du / / au / /

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél fixe : Tél mobile : Fax : email :

Nom de l'Etablissement s'il y a lieu :

Nom du référent : Tél 1 : Tél 2 :

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél fixe : Tél mobile : Fax : email :

Médecin traitant

NOM : Tél :

DOCUMENTS A FOURNIR

Carte d'identité ou passeport en cours de validité, carte Européenne d'Assurance Maladie, photocopies de la carte d'invalidité.

Si des soins infirmiers sont prévus pendant le séjour mettre l'ordonnance et la carte Vitale avec les semainiers dans la valise du vacancier. Dans tous les cas, la dernière ordonnance sera à mettre avec les semainiers du vacancier.

ARGENT DE POCHE : S'il est géré de manière non autonome (par tiers), il devra nous être adressé par courrier (chèque). Le solde éventuel sera rendu au foyer par les animateurs à la fin du séjour, sans justificatif de dépenses sauf demande expresse contraire.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE

A) Autonomie

Fait-elle sa toilette ? seule sous surveillance avec aide effective soin infirmier
Recommandations particulières pour la toilette :
S'habille-t-elle seule ? oui avec aide non Change-t-elle ses vêtements seule ? oui non
Sait-elle reconnaître ses vêtements ? oui non (marquer le linge)
Argent de poche géré : seul (sans intervention) avec aide (surveillance, conseils) par tiers
Repères dans le temps ? oui un peu non Repères dans l'espace ? oui un peu non
Peut-elle rester seule sur le lieu du séjour ? oui non

B) Motricité

bon marcheur sans difficulté sur de petites promenades aide ponctuelle d'un tiers
Est-elle fatigable ? rapidement moyennement peu
Peut-elle monter et descendre un escalier ? oui non
Sait-elle nager ? oui non
Y a-t-il une contre indication à la baignade ? oui non
A-t-elle un appareillage spécifique ? oui non Si oui, lequel :

C) Communication

Sait-elle lire ? oui un peu non Sait-elle écrire ? oui un peu non
Difficultés d'élocution ? oui un peu non Si oui, sait-elle se faire comprendre ? oui non
Problème de vue ? oui lunettes lentilles non Problème d'audition ? oui un peu non
Est-elle capable d'exprimer clairement ses désirs ? oui non

D) Divers

L'alcool est-il autorisé ? oui non Si oui, gestion de sa consommation seule oui non
Fumeur oui non Indications concernant la consommation de cigarettes :

E) Renseignements médicaux

Groupe sanguin : Traitement médical : oui non Si oui, est-elle autonome ? oui non
Injection durant le séjour : oui non Si oui fréquence :
Soins infirmiers durant le séjour : oui non Si oui joindre photocopie de l'ordonnance
Epileptique : oui Stabilisée non Enurétique : oui nuit non
Allergique : oui non Asthmatique : oui non Diabétique : oui non
Régime alimentaire : oui (joindre photocopie régime) non Commentaires :
Pour les filles : En cas d'indisposition, est-elle autonome ? oui non
Appareil dentaire : o oui o non Si oui, le nettoie seul : oui non
Contre indications médicales : oui non Si oui, lesquelles :
Autres informations utiles (antécédents, précautions à prendre) :

F) Comportement de la personne

Afin de nous aider dans la prise en charge de la personne, veuillez nous faire une synthèse, de son comportement au quotidien (intégration, participation aux activités), de ses attentes en vacances, des situations pouvant le mettre en difficulté et de vos conseils pour nous aider.

Intégration et participation :

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

Nom de la personne qui a rempli ce dossier :

Signature