

	Oui	Non
Est-il capable de faire ses transferts ? (fauteuils – lit et fauteuil – toilettes)		
– Seul _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Avec de l'aide : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Si oui, combien de personnes ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position assise dans le bus (ou train) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description méthode de transfert / habitudes / aide qu'on peut lui fournir : _____		
_____		
_____		

### 3. Habitudes de vie :

#### 3.1 Généralités :

Est-il fumeur ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de cigarettes autorisées : _____		
Gère-t-il seul sa consommation ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gère-t-il son argent de poche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne vit-elle habituellement en couple ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il un objet fétiche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il consommer des boissons alcoolisées ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.2 Hygiène et toilette :

A-t-il besoin d'aide pour se laver ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'un chariot douche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend-il sa douche debout ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il peur de la douche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'aide pour s'habiller ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'occupe-t-il de son linge ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coiffe-t-il seul ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rase-t-il tout seul ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se brosse-t-il les dents seul ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnait-il ses vêtements ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausse-t-il seul ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'aide pour aller aux toilettes ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il propre le jour ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il propre la nuit ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise-t-il une chaise percée ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise-t-il un urinoir ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte-t-il des protections le jour ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte-t-il des protections la nuit ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence des selles : _____		
Est-il encoprésique ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.3 L'Alimentation :

Porte-t-il une prothèse dentaire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Inférieure	<input type="checkbox"/> Supérieure
A-t-il besoin d'aide pour manger ? (si couverts adaptés les fournir) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'aide pour boire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vacancier suit-il un régime alimentaire particulier ? (si oui, joindre la prescription ou le protocole) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture doit-elle être mixée ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture doit-elle être hachée ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau gélifiée ? (si oui doit être fournie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fausse route ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des troubles alimentaires ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels : _____		
_____		
_____		
Goûts alimentaires : _____		
_____		

	Oui	Non
Petit-déjeuner : _____		
Souffre-t-il hypersialorrhée (sécrétion surabondante de la salive) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.4 Loisirs :

Quelles activités le vacancier apprécie-t-il ? _____		
Activités manuelles : _____		
Activités sportives : _____		
A-t-il peur des animaux ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités nautiques : _____		
Pratique-t-il une activité de loisirs régulière ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser : _____		
Comment occupe-t-il son temps libre ? : _____		
_____		

La baignade est-elle autorisée ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait-il nager ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, spectacle) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il déjà dormi sous une tente, mobil-home ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il prendre ses repas en dehors du lieu de repas habituel ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il une contre-indication à sortir le soir ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.5 Sommeil

Dort-il bien ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés à l'endormissement ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche-t-il tôt ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il peur de l'obscurité ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des angoisses nocturnes ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des insomnies ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il un lever difficile ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève-t-il tôt ? (préciser ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait-il une sieste ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se réveille-t-il la nuit ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'être réveillé la nuit pour aller aux toilettes ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez ses habitudes (positionnement, rituel, objet transitionnel, matériel...) : _____		
_____		

#### 3.6 Sorties et déplacements

Se repère dans l'espace : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère dans le temps : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémorise un lieu à atteindre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémorise un trajet : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'adapte à des lieux nouveaux : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporte les lieux publics : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit l'heure : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit les panneaux indicateurs : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait rentrer à heure fixe : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait traverser la chaussée sans danger : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sort seul sans accompagnement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sort en petit groupe sans accompagnement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Communication

Possède-t-il le langage ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension générale mais langage pauvre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbalisation inexistante, mode de communication très complexe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capable de se faire comprendre par une communication non verbale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez les gestes principaux et leurs significations : (si supports de communication les fournir) : _____		
_____		

# Dossier d'inscription

à retourner à

APAJH55 – 63 rue du Bourg – 55000 Bar le Duc

Tout dossier incomplet sera retourné et l'inscription ne pourra être prise en compte.



**Ce dossier est à compléter par le tuteur ou la famille.  
Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à la rédaction.  
Il permet à l'équipe d'animation d'appréhender le niveau de handicap du vacancier et ainsi de contribuer à son meilleur accueil.**

	Oui	Non
Est-il apte à :		
Ecrire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés auditives ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte-t-il un appareil auditif ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés visuelles ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte-t-il des lunettes ou lentilles ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il non voyant ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Courrier :

A qui le vacancier (ou l'animateur référent) peut-il écrire pendant le séjour ? (Un courrier par séjour) :

Nom-Prénom (précisez le lien de parenté)	Adresse complète

## 5. Comportement :

A-t-il des troubles du comportement ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement instable et atypique :		
Périodes de grandes angoisses par crises ; risque d'automutilation et / ou d'agression _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lui arrive-t-il de partir sans prévenir ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des comportements dangereux pour les autres ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des comportements dangereux pour lui-même ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il agressif ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec l'extérieur : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec l'encadrement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez ce que vous jugez utile, afin de permettre à l'équipe de mieux comprendre le vacancier : ce qu'il aime, ses habitudes chez vous, son sommeil, ses repos, les événements importants survenus dans la famille, son comportement en collectivité (relations...), ses phobies... : \_\_\_\_\_

## Rapport de comportement :

L'équipe éducative, si le vacancier fréquente un établissement, ou la famille, rédige ci-dessous un rapport de comportement ou **joint un rapport écrit au dossier.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM et Prénom du vacancier : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : F  M

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Lieu et adresse de résidence habituelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté (adresse et téléphone) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordonnées des responsables (Parents et Institutions) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne responsable à contacter durant le séjour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A fournir obligatoirement :

- ✓ La photocopie de la carte d'invalidité avec le dossier d'inscription
- ✓ La carte vitale pour le début du séjour

### 1. Niveau d'autonomie générale :

	Oui	Non
Bonne autonomie, dynamique, présence discrète de l'encadrement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomie relative. Nécessité d'intervenir dans les actes de la vie quotidienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas d'autonomie. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il capable de faire un choix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Les déplacements :

Porte –t-il des bas de contention ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bon marcheur _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigable à la marche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec l'aide d'un tiers _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut monter un escalier sans difficulté _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel :		
– Permanent _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Pour les déplacements extérieurs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace-t-il seul ?		
– à la maison _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– à l'extérieur _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Doit-on le faire marcher un peu ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Est-il installé dans une coque ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>