BOIS FLOTTÉ
VACANCES ADAPTÉES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NE PAS REMPLIR – INTERNE A BFVA	
Date de réception :	Lu par :

LE PARTICIPANT

NOM : ..... **PRENOM :** .....

ADRESSE : ……...

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Né(e) le : ...../ ..... / .....

Autonomie : A+☐ A ☐ B ☐ B- ☐ C☐

Nom du séjour : .....

Dates : .....

PHOTO RÉCENTE OBLIGATOIRE

SUIVI MÉDICAL :

A un traitement	☐ oui	☐ non	Epileptique (1)	☐ oui	☐ non
Porte des lunettes	☐ oui	☐ non	➥ Si oui, stabilisée	☐ oui	☐ non
Non voyant	☐ oui	☐ non	Utilise un contraceptif	☐ oui	☐ non
Matériel orthopédique (bas de contention …)	☐ oui	☐ non	➥S'en occupe seul	☐ oui	☐ non
➥ Si oui, précisez : ……			**Alzheimer**	☐ oui	☐ non
Soins de peau / crème :	☐ oui	☐ non	Allergie connue	☐ oui	☐ non
➥ Si oui, précisez : ……			➥ Si oui, précisez : ……		

(1) Les participants sujets à l'épilepsie ne pas admis, **seule l'épilepsie stabilisée est acceptée**.

HYGIÈNE :

Se lave seul	☐ oui	☐ stimulation verbale	☐ aide partielle	☐ non
Fréquence par semaine : ……				
S'habille seul	☐ oui	☐ stimulation verbale	☐ aide partielle	☐ non
Se rase seul	☐ oui	☐ stimulation verbale	☐ aide partielle	☐ non
Se brosse les dents seul	☐ oui	☐ stimulation verbale	☐ aide partielle	☐ non
Porte un appareil dentaire	☐ oui	☐ non		
➥Le lave seul	☐ oui	☐ non		
➥Le met seul	☐ oui	☐ non		
Va aux toilettes seul	☐ oui	☐ non		
Enurétique (2)	☐ oui	☐ non		
Encoprétique (2)	☐ oui	☐ non		
Porte des protections	☐ oui	☐ non		
➥Les mets seul	☐ oui	☐ non		

(2) En cas de dégradation de la literie, nous nous réservons le droit de vous adresser les factures liées aux dégâts. Merci donc de nous joindre systématiquement des alèses

CAPACITES PHYSIQUES :

A un fauteuil roulant ☐ oui ☐ non ☐ seulement pour les sorties extérieures

➥ Si oui ☐ manuel ☐ électrique ☐ dimensions : .....

Le participant en fauteuil, est-il capable d'effectuer ses transferts seul ? ☐ oui ☐ non

Nécessite un véhicule adapté au fauteuil pour les sorties (TPMR) ☐ oui ☐ non

A un déambulateur ☐ oui ☐ non

Béquilles ou canne ☐ oui ☐ non

Monte / descend un escalier seul ☐ oui ☐ non ☐accompagné

Risque de chutes ☐ oui ☐ non

➥ Le vacancier est-il sensible à la douleur en cas de chute ? ☐ oui ☐ non

---

COMPORTEMENT :

Crise d'agitation sans violence ☐ oui ☐ non

Difficulté d'intégration ☐ oui ☐ non

Agressivité physique (3) ☐ oui ☐ non

- Envers lui-même ☐ oui ☐ non
- **Envers les autres** ☐ oui ☐ non
- Envers un objet ☐ oui ☐ non

Est sujet aux hallucinations ☐ oui ☐ non

Tendance à fuguer ☐ oui ☐ non

Agressivité verbale ☐ oui ☐ non

➥ Symptôme – fréquence de l'agressivité : ……

……

➥ Elément déclencheur ? ……

……

(3) En cas d'agressivité physique envers un tiers, le vacancier sera reconduit dans son établissement ou sa famille sans remboursement possible (voir nos conditions particulières de vente).

REPAS & REGIMES ALIMENTAIRES :

Prend ses repas seul ☐ oui ☐ non

Mange haché ☐ oui ☐ non

Mange mixé (texture lisse) ☐ oui ☐ non

Risques de fausses routes ☐ oui ☐ non

➥ Si oui, précisez : ……

Boit de l'eau gélifiée (à nous fournir) ☐ oui ☐ non

Suit un régime alimentaire ☐ oui ☐ non

➥ Si oui, précisez : ……

Café autorisé ☐ oui ☐ non

➥Si oui, fréquence : ……

Tendance à la potomanie ☐ oui ☐ non

Utilise des compléments alimentaires ☐ oui ☐ non

ALCOOL & TABAC :

Alcool autorisé ☐ oui ☐ non

Est fumeur ☐ oui ☐ non

Tendance à l'éthylisme ☐ oui ☐ non

➥ Faut-il qu'un animateur gère sa consommation de tabac ? ☐ oui ☐ non

➥ A-t-il un protocole spécifique : ……

SOMMEIL – ATTENTION : PAS DE VEILLEUR DE NUIT SUR LES SEJOURS, MERCI D'EN TENIR COMPTE :

Se lève la nuit **(4)** ☐ oui ☐ non

A besoin d'être orienté, aidé la nuit ☐ oui ☐ non

➥Si oui, pour quelles raisons : ……

Heure habituelle du lever : ……

Heure habituelle du coucher : ……

Fait la sieste ☐ oui ☐ non

A un lever difficile ☐ oui ☐ non

Dort en couple ☐ oui ☐ non

Peut avoir des angoisses / insomnies ☐ oui ☐ non

➥ Si oui, avec : ……

(4) Ne devant pas nécessiter l'accompagnement de l'équipe encadrante. Nos accompagnateurs sont présents 24h/24, ils ne sont donc pas en mesure d'assurer cette fonction d'accompagnement la nuit. Il n'y a pas de veilleur de nuit sur nos séjours de vacances.

SORTIES ET ACTIVITES :

Bon marcheur (+ 30 min) ☐ oui ☐ non
Sait nager ☐ oui ☐ non
Baignade seule autorisée (sans surveillant de baignade) ☐ oui ☐ non
Sortie seul autorisée (5) ☐ oui ☐ non
Peut rester seul sur le lieu de séjour ☐ oui ☐ non

(5) Les adultes ayant l'autorisation de sortir seuls sans accompagnateurs ne sont pas sous notre responsabilité pendant les plages de sorties. Les animateurs de séjours les laisseront donc – après repérage des lieux – vaquer à leurs occupations personnelles pendant un temps déterminé.

COMMUNICATION :

Communique par le langage ☐ oui ☐ non
Communique par les gestes ☐ oui ☐ non
Difficulté d'élocution ☐ oui ☐ non
Utilise des pictogrammes ☐ oui ☐ non
Fiabilité de ses propos ☐ oui ☐ non
Sait lire ☐ oui ☐ non
Téléphone seul ☐ oui ☐ non
Sait écrire ☐ oui ☐ non
Difficulté de compréhension ☐ oui ☐ non
Sourd ☐ oui ☐ non
Malentendant ☐ oui ☐ non
Porte des appareils auditifs ☐ oui ☐ non
Muet ☐ oui ☐ non

ARGENT DE POCHE :

Gère son argent seul ☐ oui ☐ non
Faut-il pointer ses dépenses & son argent de poche ? ☐ oui ☐ non

---

SOINS INFIRMIERS : ☐ oui ☐ non

(6) ATTENTION : Nous ne prendrons pas en charge les personnes diabétiques ayant des injections.

Détail du soin : ……..
Injection (6) ☐ oui ☐ non Si oui, date de l'injection : ……..
Type d'injection : ……..

ATTENTION

- Nous ne prenons pas les rendez-vous avec les cabinets infirmiers, nous vous transmettons une fiche de liaison à nous retourner complétée à cet effet.
- Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant une injection lors des journées de transports aller et retour et lors des soirées étapes (nuit à l'hôtel). Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant un traitement réfrigéré.

LOCATION DE MATERIEL : ☐ oui ☐ non Taille : …… Poids ……..

☐ Lit médicalisé ☐ Lit médicalisé + barrière ☐ Chaise de douche ☐ Montauban

---

AUTRES :

Nom & prénom de la personne que le vacancier peut contacter : ……..
Numéro de téléphone : ……..
Fréquence : ……

Souhaite écrire des cartes postales * ☐ oui ☐ non
Souhaite faire et recevoir un cahier souvenir de vacances ☐ oui ☐ non
(*) Merci de joindre dans sa valise les enveloppes timbrées + nom et adresse des destinataires.

MEDECIN TRAITANT :

Nom & prénom ……..
Adresse : …….....
Code postale : …… Ville : …… Tèl : ……..

CADRE LEGAL :

☐ Tutelle
☐ Curatelle
☐ Pas de mesure de protection

LA PERSONNE VIE EN :

☐ Famille
☐ Famille d'accueil
☐ Foyer
☐ Logement autonome

PERSONNE QUI SERA PREVENUE EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SEJOUR – <u>JOIGNABLE 24H/24</u> :

Nom & prénom : ……..
En qualité de : …….....
Téléphone fixe : …… **Téléphone portable (obligatoire) : ……..**

OBSERVATION :

Merci de décrire le comportement et les particularités du vacancier :
(Ou joindre la fiche de suivi établie par votre établissement)

……
……
……
……
……
……
……

Quels conseils donneriez-vous à nos équipes pour optimiser l'accompagnement de la vie quotidienne ?

……
……
……
……
……
……
……

Quelles attitudes ou solutions proposez-vous pour éviter une crise, un refus… ?

……
……
……
……
……

<u>LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS NE POURRA PAS ÊTRE VALIDÉE SI LA PARTIE CI-DESSOUS N'EST PAS COMPLÈTE</u>

Je, soussigné(e) (NOM + PRENOM) ……

agissant en qualité de *(parent, tuteur, référent, éducateur, chef de service …)* ……

- Certifie l'exactitude des informations mentionnées
- Certifie que l'état de santé de la personne n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisée. Nous vous rappelons que ce séjour ne s'adresse pas aux personnes dangereuses pour elle-même ou pour la collectivité.

Fait à …… le ……

Apposer la mention manuscrite « Lu et approuvé » et votre signature

Petit rappel des pièces à joindre au dossier :

❑ copie carte mutuelle

❑ ordonnance si location de matériel et/ou passage IDE

❑ copie de l'attestation CPAM

❑ copie de la carte d'identité

Un mois avant le départ, vous recevrez :

– La convocation vous indiquant l'heure pour le départ et le retour.
– Une fiche médicale à nous remettre le jour du départ avec l'ordonnance valide et signée par le médecin.
– Un trousseau
– Un pilulier jetable (pour les séjours d'été)