



DOSSIER DU VACANCIER

1 SÉJOUR RÉSERVÉ

Destination choisie

Dates du ____ / ____ au ____ / ____

Photo d'identité
obligatoire

2 ÉTAT CIVIL

Nom

Prénom

Date de Naissance

Age

Nationalité

N° de sécurité sociale

3 LIEU de VIE

Famille

Nom

Famille d'accueil

Adresse

Etablissement

Appartement

C.P. Ville

Autre

Tel

Mail

4 RESPONSABLE LÉGAL

Nom

Adresse

C.P. Ville

Tel

Mail

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom

Prénom

Téléphone

5

HANDICAP

Déficiences Motrice Sensorielle(s) :

Mentale Cognitive(s)

Psychique Polyhandicap :

Troubles associés

Traitement médical permanent Oui Non

Soins infirmiers réguliers Oui Non

Travaille en ESAT

Autonomie générale BONNE Encadrement discret et ponctuel
 MOYENNE Encadrement actif permanent
 FAIBLE Aide à tous les actes de la vie quotidienne

6

SANTÉ - MÉDICAL

Troubles de la vue Oui Non Précisions

Troubles de l'audition

Problèmes dentaires

Cardiopathie

Allergie

Asthme

Diabète

Contre-indication

Epilepsie Stabilisée Fréquence

Hypersialorrhée

	Oui	Non	Précisions
Énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne
Encoprésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne
Trouble de la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sujet à constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fatigabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Port de chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Port de bas de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Port de bandes de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

7

COMPORTEMENT

	Facile	Moyen	Difficile	Précisions
Relations avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Relations avec les encadrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Relations avec l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Oui	Non	Précisions
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trouble de l'agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tendance à l'automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tendance à s'isoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Comportements inadaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Oui	Non	Précisions
Troubles obsessionnels et compulsifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angoisses / phobies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Délires / hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mise en danger de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance à l'alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance au tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8 COMMUNICATION

	Oui	Non	Précisions
Voit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communique par le langage verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communique par le langage non verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9 SORTIES ET DÉPLACEMENTS

	Oui	Non	Précisions
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"/>	
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"/>	

	Oui	Non	Précisions
Lit les panneaux indicateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait rentrer à heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sortie seul(e) autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

10 CAPACITÉS MOTRICES

	Oui	Non	Précisions
Difficultés motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Appareillage (fauteuil, déambulateur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Capable de monter quelques marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Capable de monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Baignade surveillée autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pratique sportive autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Sur une courte distance	Ballade / Promenade	Randonneur
Capable de marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 TOILETTE ET HYGIÈNE CORPORELLE

	Seul	Avec aide partielle	Avec aide constante	Précisions
Se lave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Reconnait ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

12**ALIMENTATION**

	Seul	Avec aide partielle	Avec aide constante	Précisions
Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Oui	Non	Précisions	
Alimentation mixée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Troubles alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

13**NUIT, SOMMEIL**

	Oui	Non	Précisions
Se couche tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A des difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Se réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Déambulation nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
A des angoisses nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

14**VIE QUOTIDIENNE**

Vit en couple	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) présent(e) sur le même séjour, cocher la case <input type="checkbox"/>
Gère seul(e) son argent personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions <input type="text"/>
Gère seul(e) sa consommation de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions <input type="text"/>

15**LOISIRS**

	Oui	Non	Ne sait pas		Oui	Non	Ne sait pas
Aime le cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime les jeux de société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime les ballades en ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime regarder des dvd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime les ballades dans la nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime écouter de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime chanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime dessiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime le théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

16**RAPPORT DE COMPORTEMENT QUOTIDIEN**

Veillez décrire dans ce cadre toutes les informations nécessaires à une prise en charge de qualité du vacancier (habitudes de vie au lever /coucher, pendant les repas, lors de l'accompagnement à l'hygiène, pendant les activités / sorties, ses rituels, ...)

17

ATTESTATION

Je soussigné, _____ agissant en qualité de _____

certifie que les informations précisées dans ce dossier sont exactes. Toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à son accompagnement, à sa sécurité, à sa santé et à son bien-être pourra faire l'objet d'un signalement aux autorités compétentes.

Fait à _____, le _____

Signature

18

AUTORISATION D'HOSPITALISATION ou D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (le vacancier lui-même ou son représentant légal) _____

autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Fait à _____, le _____

Signature du vacancier ou de son représentant légal

19

AUTORISATION D'UTILISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (le vacancier lui-même ou son représentant légal) _____

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) Vacances en Fêtes à utiliser des photos (site internet, flyer, catalogue, ...) prises au cours du séjour.

Fait à _____, le _____

Signature du vacancier ou de son représentant légal

Liste des pièces à fournir pour le départ en séjour (ces documents doivent être impérativement joints au dossier).

- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie de l'ordonnance des traitements en cours
- Ordonnance liée aux prises en charge spécifiques (lit médicalisé, lève personne)
- Dossier du vacancier complet**