

**CE DOCUMENT RECTO EST À REMPLIR PAR LA TUTELLE ET À NOUS ENVOYER DIRECTEMENT.
LES PAGES SUIVANTES SONT À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT OU LA FAMILLE**

**PHOTO
NUMERIQUE DE
L'ANNEE EN COURS
OBLIGATOIRE**

**LA PHOTO DOIT
NOUS ÊTRE MAILÉ
ÉGALEMENT
MERCİ**

CAP PICARDIE Vacances Adaptées Tel: 03.44.50.68.31
529 Rue de l'Empire Mail: cap.picardie@hotmail.fr
60600 AGNETZ Site: cappicardie.com

DATE LIMITE D'ENVOI: DANS LES 15 JOURS OUVRABLES SUIVANT L'INSCRIPTION

LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Date et lieu naissance :
Numéro sécurité sociale :
Téléphone :/...../...../...../.....

LE SÉJOUR

Lieu :
Date : au
Lieu de départ choisi :
Lieu de retour choisi :
Autonomie : Bonne Moyenne Faible

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE OU FAMILLE

Type d'établissement : Foyer de vie Foyer d'hébergements Foyer occupationnel Foyer appartements E.S.A.T Résidence accueil
Famille d'accueil M.A.S F.A.M E.P.A.H.D Autre:

Nom :
Chef de service :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone (fixe) :/...../...../...../.....
Adresse mail :
PORTABLE INDISPENSABLE :/...../...../...../.....

POUR ENVOYER LES HORAIRES

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :/...../...../...../.....

POUR ENVOYER LA LISTE VETURE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :/...../...../...../.....

TUTEUR

Nom organisme :
Nom Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :/...../...../...../.....
Adresse mail :

QUI SERA PREVENU EN CAS D'URGENCE

Nom organisme :
Nom Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Adresse mail :
PORTABLE INDISPENSABLE :/...../...../...../.....

Attestation du signataire

Je soussigné :
Qualité :

Certifié exact,
Lu et Approuvé à :
Le :

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue CAP PICARDIE et autorise le responsable du séjour de vacances.
Après consultation d'un médecin, en cas d'urgence, à faire donner tous les soins que nécessiterait l'état de santé du résident et déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à suivre les activités prévues dans le descriptif du séjour.

Signature:

2 MÉDICAL ET ACTIVITÉS SPORTIVES

LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Taille :
Poids :
Yeux :

Pathologie et nature du handicap :

Autonomie : Bonne Moyenne Faible

OUI NON

DES PRECISIONS...

Handicap moteur
Fauteuil roulant :
Déambulateur :

En permanence Occasionnellement
En permanence Occasionnellement

Diabétique :

..... Fois par jour ou Fois par semaine

Epilepsie :

.....

Maladie chronique :

.....

Cardiopathie :

.....

Enurésie :

Occasionnelle

Encoprésie :

.....

Les vaccinations obligatoires
sont-elle à jour :

.....

Antécédent phlébite :

.....

Trouble du sommeil :

Se lève tôt Se couche tard Dort peu Dort beaucoup
A peur de l'obscurité A des difficultés à s'endormir Se réveille la nuit
A des angoisses nocturnes A des insomnies Fait la sieste

Allergies

Médicamenteuses :

Nom du/des médicament (s)

Alimentaires :

Aliment (s)

Autre :

.....

Contraception

Type

Phobie :

.....

Sait faire un choix parmi
plusieurs activités :

.....

Pratique régulièrement
une activité sportive :

.....

Pratique régulièrement une activité
de loisirs :

.....

Peut soutenir son attention de
manière prolongée :

.....

A déjà dormi sous tente,
caravane, mobil home :

.....

Peut prendre les repas en dehors
du lieu de séjour habituel :

.....

Contre indication à sortir le soir :

.....

OUI NON DES PRECISIONS...

Appareillage spécifique :	.....
Fatigabilité (de 0 à 10) :	.....
Bon marcheur :	.....
Monter sur un lit superposé :	.....
Monter des escaliers :	.....
Emprunter un escalier roulant :	.....
Sait faire du vélo :	.....
Est déjà monté à cheval :	.....
Sait nager :	.....
Sortie seul autorisée :	.....
Se repère dans l'espace :	.....
Mémorise un lieu à atteindre :	.....
Mémorise un trajet :	.....
S'adapte à des lieux nouveaux :	.....
Supporte les lieux publics :	.....
Lit les panneaux indicateurs :	.....
Sait demander son chemin :	.....
Sait lire l'heure :	.....
Se repère dans le temps :	.....
Sait écrire :	.....
Sait lire :	.....
Lecture labiale :	.....
Sait compter :	.....

OUI NON

Argent de poche versé à l'association			Somme maximum:	.....
Autonome :				.....
Sur de petites sommes :				.....
Avec intervention de l'éducateur :				.....
Gestion du trousseau :				
Connait son schéma corporel :				
Fumeur :		Gere seul	Ne gere seul	Nombre par jour
Gestion des cigarettes :				.....
Toilette seul(e) :				.....
Se brosse les dents :				.....
Se rase :				.....
Se Coiffe :				.....
Habillement seul(e) :				.....
Change ses vêtements et sous vêtements :				.....
Reconnait ses vêtements :				.....
Se chausse :				.....
Boit :				.....
Mange :				.....
Faut il mixer les aliments :				.....
Regime alimentaire spécifique :				.....
Risque de fausse route :				.....
Troubles alimentaires :	Anorexie	Boulimie	Autre	.....

OUI NON

DES PRECISIONS...

Relation encadrement :
 Relation residents :
 Relation enfants :
 Relation animaux :

Facile	A encourager	Difficiles
Facile	A encourager	Difficiles
Facile	A encourager	Difficiles
Facile	A encourager	Difficiles

.....

Troubles du comportement :
 Trouble du caractère :
 Trouble de la vue :
 Trouble de l'ouïe :

Mal voyant	Non Voyant	Lunettes / Lentilles
Malentendant	Surdité	Appareillage spécifique

.....

Port d'une prothese dentaire :
 Expression facile :
 Compr hensif :
 Compréhensible :

.....

Communique par le langage
 verbale :

Utilisation d'une langue gestuelle
 (langage des signes...)

Utilisation d'une langue gestuelle
 tactile :

.....

Communique avec des attitudes,
 un geste ou objet   valeur de
 communication :

.....

Communique par pictogrammes,
 dessins, photographies :

.....

Communique par cris, vocalises
 ou autres signes oraux   valeur

codifiée :
 Aphasie :

.....

Logorrh es/Itérations :

.....

Vacances en couple
 (dans la même chambre) :

.....

Objet fétiche :
 Goûts particuliers :

.....

Tendance   fuguer :
 Tendance   la kleptomanie :

.....

Troubles de la mémoire :
 Délires, hallucinations :
 Phobies :

.....

Crise d'angoisse :
 Mise en danger de soi :

.....

Troubles obsessionnels compulsifs :
 Rituels :

.....

Tendance au retrait :

.....

OUI NON

PRÉCISIONS...

Agressivité :
Envers lui-même :
Envers les autres :

OUI NON
Comportement à risque
(attouchement, violence...)
Envers lui-même :
Envers les autres :
Antécédents connus :

Comportement exhibitionniste :

Sensible à la douleur (de 0 à 10) :

Exprime sa douleur :

Ethylisme :

Durant le séjour pourra être
pris en photo
Seul :
En groupe :

Soins infirmiers
pendant le séjour :

REMARQUES IMPORTANTES

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

Complété par :
Qualité :
Date :

Vu et validé par le
chef de service :
Date :

Signature:

Signature et cachet
de l'établissement :



**L'ASSOCIATION CAP PICARDIE SE RÉSERVE LE DROIT D'ANNULER UNE INSCRIPTION
SI L'AUTONOMIE DU VACANCIER N'EST PAS ADAPTÉE AU SÉJOUR CHOISI.**



INFORMATIONS SUR LE VACANCIER

Nom :
 Prénom :
 Numéro sécurité sociale :
 Séjour :



Nom :
 Prénom :
 Fonction :
 Numéro d'un permanent :/...../...../.....
 Numéro de Fixe :/...../...../.....
 Numéro de Portable :/...../...../.....

Pathologie et nature du handicap :

TRAITEMENT ET POSOLOGIE

ORDONNANCE DU:

Nom du médicament :

Matin : Midi : Soir : Coucher :

SOINS OU INJECTIONS PREVUS

Nom du médicament :	Date :	Traitement dans la valise : (oui ou non)	Traitement à retirer en pharmacie : (oui ou non)
.....
.....
.....
.....

DIABETE

Si le vacancier est diabétique, vous devez impérativement nous contacter à la rédaction du document SANTE MEDICATION pour que l'on convienne ensemble du protocole à mettre en place (notamment pour le jour de départ)



INFORMATIONS SUR LE VACANCIER

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Numéro sécurité sociale :
Foyer :

INFORMATIONS: RENDEZ VOUS PRIS SUR LE LIEU DE SEJOUR. A REMPLIR PAR VOS SOINS.

Date de prise de contact :
Nom du cabinet :
Nom de l'infirmier-ère :
Adresse :
Téléphone : / / / /
Mobile : / / / /

NATURE DES SOINS

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

DATE DES SOINS

Le à
Le à
Le à
Le à
Le à
Le à

PRÉCISIONS...

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

Nom :
Prénom :
Date :

A REMPLIR SI VOTRE VACANCIER/E EST DIABETIQUE



529 RUE DE 'EMPIRE
60600 AGNETZ
03 44 50 68 31

Objet: **VACANCIER/E DIABETIQUE**

Madame, Monsieur

Cette fiche de renseignement est primordiale pour permettre à l'équipe de connaître au mieux les risques encourus.

Merci de bien vouloir nous faire un rapport complet concernant son diabète:

- Diabète type 1, type 2
- Insulino Dépendant ou non
- Régime à suivre, menus
- Traitement
- Fréquence Intervention d'un(e) infirmier(e)

Ce rapport est primordial et obligatoire pour permettre à l'équipe de connaître la procédure de santé.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur
LAMAND Laurent



529 RUE DE L'EMPIRE
60600 AGNETZ
03 44 50 68 31

Fiche Renseignement DIABETE

VACANCIER NOM :Prénom :

Séjour :

Coordonnées de la personne signataire de ce document :

NOM et Prénom :Fonction :

DIABÈTE Type 1 Type 2

INSULINO DÉPENDANT Oui Non

RÉGIME/MENU SPÉCIFIQUE Oui Non

Si oui, veuillez joindre une copie à ce document

Traitement spécifique Oui Non

..... Matin Midi Soir Couché

..... Matin Midi Soir Couché

..... Matin Midi Soir Couché

DEXTRO Fois par jour

..... Fois par semaine

FRÉQUENCE D'INTERVENTION D'UN/E INFIRMIER/IÈRE..... Fois par jour

..... Fois par semaine

Le vacancier est autonome dans les mesures de glycémie capillaire (dextro) a dextro et l'injection et de l'insuline

OUI NON

Je soussigné Mme/Mr, représentant légal tuteur/curateur/parent, de Mme/Mr,

Certifie qu'il/elle est parfaitement autonome et est à même de gérer le contrôle de son diabète, mesures de glycémie capillaire (dextro) et l'injection de l'insuline.

L'intervention d'une infirmière est inutile.

Le

Signature

(Joindre attestation du médecin)