

# PREINSCRIPTION

## 2020

**NOM et Prénom du jeune :**

**Date de naissance :**

Dossier rempli le :

Dossier rempli par (NOM Prénom) :

Fonction :

Tel :

E-mail :

Séjour(s) souhaité(s)			
Code séjour	Date début	Date fin	Option transport Ville de départ souhaitée

**Dossier à compléter et à retourner par mail :**  
**infos@avenir-vacances.org**  
**ou par fax : 09.89.36.22.59**



**Association AVENIR Vacances - Animation et Vacances au service de l'Éducation**

[www.avenir-vacances.org](http://www.avenir-vacances.org)

Tel : 09.84.36.22.59 - Fax : 09.89.36.22.59 - Mail : [association@avenir-vacances.org](mailto:association@avenir-vacances.org)

Gîtes de la Naillerie, route du Ponceau, 72500 LAVERNAT

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020

Participant au séjour

NOM	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° allocataire CAF
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

## Responsable légal du Jeune (1)

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
Adresse				
Code postal	Ville			
Téléphone 1	Téléphone 2			
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune			

## Responsable légal du Jeune (2)

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
Adresse				
Code postal	Ville			
Téléphone 1	Téléphone 2			
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune			

## Etablissement du Jeune

NOM Institution	<input type="checkbox"/> MECS <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Autre :		
NOM référent	Fonction		
Adresse			
Code postal	Ville		
Téléphone	Télécopie		
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune		

## Référent ASE / MDPH

Organisme	<input type="checkbox"/> ASE <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Autre :		
NOM référent	Fonction		
Adresse			
Code postal	Ville		
Téléphone	Télécopie		
E-mail			

## Facturation

Nom ou Organisme	
Coordonnées précises de facturation Section, service, territoire Adresse complète CP et VILLE	
Référent comptabilité (NOM, Prénom, téléphone, e-mail)	

# PRESENTATION DU JEUNE

**NOM et prénom du jeune :**

Date de naissance :

**Descriptif physique :**



**Jeune en situation de handicap :**  OUI  NON  
 Si OUI, préciser (pathologie, handicap) :

**Orientation MDPH :**  ITEP  IME  AVS  Autre, précisez :

**Caractère, comportements habituels ou spécifiques (habitudes, rituels) :**

**Peut monter et descendre un escalier en toute sécurité :**  oui  non  avec aide

**COMMUNICATION**

Compréhension :

Langage parlé (français)	<input type="checkbox"/> Phrases <input type="checkbox"/> Autre langue	<input type="checkbox"/> Mots simples	<input type="checkbox"/> Aucune compréhension	
Communication gestuelle	<input type="checkbox"/> LSF	<input type="checkbox"/> Makaton	<input type="checkbox"/> Autre :	
Communication avec support	<input type="checkbox"/> Lecture	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Objets	<input type="checkbox"/> Autre :

Langage / Expression :

Langage parlé (français)	<input type="checkbox"/> Phrases <input type="checkbox"/> Autre langue	<input type="checkbox"/> Mots simples	<input type="checkbox"/> Echolalies	<input type="checkbox"/> Aucun
Communication gestuelle	<input type="checkbox"/> LSF	<input type="checkbox"/> Makaton	<input type="checkbox"/> Autre :	
Communication avec support	<input type="checkbox"/> Ecriture	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Objets	<input type="checkbox"/> Autre :



**RELATIONS**

Relations aux autres jeunes :

Relations aux adultes :

Troubles du comportement :

	Préciser (antécédents, risques, conduite à tenir...)
◇ Violence physique	
◇ Violence verbale	
◇ Automutilation	
◇ Dégradation de matériel	
◇ Vol / Racket	
◇ Fugues	
◇ Autre, précisez :	

Addictions :  
(Détaillez)

◇ Tabac	◇ Cannabis	◇ Autre drogue :	◇ Alcool	◇ Autre :
---------	------------	------------------	----------	-----------

Sexualité :

Peut partager sa chambre avec un autre jeune : ◇ OUI ◇ NON + Points d'attention :

Autres risques non-définis ci-dessus :



**VIE QUOTIDIENNE**

<b>Sommeil</b>	OUI	NON	Heure	Habitudes / Rituels
Fait la sieste	◇	◇		
Se couche de lui-même	◇	◇		
Se réveille la nuit	◇	◇		
Se réveille de lui-même le matin	◇	◇		
Rituels spécifiques Commentaires				

<b>Propreté</b>	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Va au WC	◇	◇	◇	◇	◇
S'essuie	◇	◇	◇	◇	◇
Tire la chasse d'eau	◇	◇	◇	◇	◇
Est énurétique	◇ Le jour	◇ La nuit	Commentaires :		
Est encoprésique	◇ Le jour	◇ La nuit			
Porte des protections	◇ Le jour	◇ La nuit			

<b>Hygiène</b>	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Fait sa toilette	◇	◇	◇	◇	◇
Se brosse les dents	◇	◇	◇	◇	◇
Règle température eau	◇	◇	◇	◇	◇
S'essuie	◇	◇	◇	◇	◇
S'habille	◇	◇	◇	◇	◇
Met ses chaussures	◇	◇	◇	◇	◇
Fait ses lacets	◇	◇	◇	◇	◇
Se déshabille	◇	◇	◇	◇	◇
Rituels spécifiques Commentaires					

### VIE QUOTIDIENNE

<i>Repas</i>	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Mange	◇	◇	◇	◇	◇
Boit	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise une cuillère	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise une fourchette	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise un couteau	◇	◇	◇	◇	◇
Choisit	◇	◇	◇	◇	◇
Accessoires utilisés	◇ Couverts adaptés	◇ Rebord d'assiette	◇ Verre adapté	◇ Autre :	
Consistance du repas	◇ Normal	◇ Haché	◇ Mixé		
Régime alimentaire (médical / allergies)					
Rituels spécifiques Commentaires					

### ACTIVITES

Activités préférées :	Activités les moins appréciées :
-----------------------	----------------------------------

Habitudes ou rituels spécifiques, transistions, transports etc :

NOM et prénom du jeune .....

<b>ACTIVITES</b>	Participe	Ne participe pas	Je ne sais pas	Remarques
Coloriage	◇	◇	◇	
Dessin	◇	◇	◇	
Peinture	◇	◇	◇	
Pâte à modeler	◇	◇	◇	
Jouer de la musique	◇	◇	◇	
Écouter de la musique	◇	◇	◇	
Danser	◇	◇	◇	
Jeux de société	◇	◇	◇	
Jeux d'eau / pataugeoire	◇	◇	◇	
Activités avec animaux	◇	◇	◇	
- Poules	◇	◇	◇	
- Poneys	◇	◇	◇	
- Moutons	◇	◇	◇	
- Autres :	◇	◇	◇	
Pêche	◇	◇	◇	
Faire une cabane	◇	◇	◇	
Marcher / Se promener	◇	◇	◇	
Courir	◇	◇	◇	
Trampoline	◇	◇	◇	
Jeux de ballon	◇	◇	◇	
Vélo / Tricycle	◇	◇	◇	
Baignade	◇	◇	◇	
Choix activités	◇	◇	◇	
Faire les courses	◇	◇	◇	
S'orienter	◇	◇	◇	
Faire la cuisine	◇	◇	◇	

Autres commentaires sur les activités :



# TRAITEMENTS MEDICAUX

NOM et prénom du jeune :

Document rempli par (NOM Prénom Fonction Tél) :

Date :

Heure (à préciser le cas échéant)	Médicament	Posologie	Méthode de distribution et/ou Rituel
8h			
12h			
16h30			
19h			
21h30			
Traitement d'urgence			

## JOINDRE IMPERATIVEMENT LES ORDONNANCES

*Les médicaments devront être fournis dans un pilulier déjà préparé pour toute la durée du séjour, 1er et dernier jours en entier compris.*

