

PREINSCRIPTION

2021

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

Tel : 09.84.36.22.59 - Fax : 09.89.36.22.59 - Mail : association@avenir-vacances.org
Gîtes de la Naillerie, route du Ponceau, 72500 LAVERNAT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021

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

| <i>Sommeil</i> | 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 | | | | |

| <i>Propreté</i> | 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 | | | |

| <i>Hygiène</i> | 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

| Repas | 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

| ACTIVITES | 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.

