



DOSSIER INDIVIDUEL POUR INSCRIPTION AUX VACANCES ADULTES

Cadre réservé à l'ARIMC
Date d'inscription :
Acceptation du dossier :
Commentaires :

CE DOSSIER EST STRICTEMENT CONFIDENTIEL

NOM Prénom de l'adulte :
Adresse : ----- -----
Code postal :-----Ville : -----
Tél journée : -----Tél soirée : -----
Date de naissance : -----/-----/-----Nationalité : -----
N° de sécurité sociale : -----/-----
Nom de l'assuré : -----
Adresse de la caisse ou de l'organisme assimilé : ----- -----
Nom de son responsable légal : -----

Type de déficience:

- Motrice
- Sensorielle
- Intellectuelle
- Comportementale (mal être, hyperactivité, troubles du comportement...)

L'adulte vit :

- En établissement
 - Internat
 - Externat
- toute l'année
- vacances scolaires
- week-end
- En famille
- En famille d'accueil
- toute l'année
- vacances scolaires
- week-end

L'adulte est suivi par un établissement spécialisé :

- Oui
- Non

Si oui merci d'inscrire les coordonnées de l'établissement ou du service de suivi :

CP : ----- Ville : -----

Tél : ----- Fax : ----- Mail : -----

Nom et fonction de **la personne référente** au sein de l'établissement ou du service de soin : (**obligatoire**) :

MOTRICITE

➤ L'adulte peut marcher :

- Seul(e) pendant -----h-----mn
- Allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
- Monter et descendre seul(e) les escaliers
- Utilise des cannes ou des béquilles
- Utilise parfois un fauteuil (préciser l'utilisation du fauteuil ci-dessous) :
- avec l'aide de quelqu'un
- lentement
- Monter et descendre seul(e) quelques marches
- Utilise un déambulateur

➤ L'adulte utilise un fauteuil :

- En permanence (à préciser)
- Ne peut pas se tenir debout
- Occasionnellement pour les sorties
- A un appui plantaire (transfert)
- Effectue ses transferts seul

Manœuvre seul(e) son fauteuil manuel même quand il ne connaît pas le lieu :

- A l'intérieur : oui non

- A l'extérieur : oui non

Manœuvre seul(e) son fauteuil électrique même quand il ne connaît pas le lieu :

- A l'intérieur : oui non

- A l'extérieur : oui non

Le fauteuil électrique est assuré : oui non

(Merci de joindre la photocopie de l'attestation d'assurance)

➤ L'adulte utilise ses membres supérieurs :

- Motricité des bras : Ordinaire
- Mouvements athétosiques (incontrôlés)
 - Peu de force (ne peut pas soulever d'objets lourds)

Motricité des mains Ordinaire

- Pas de motricité fine (difficulté dans les gestes demandant de la précision)
- Peu de force

➤ Matériel de confort :

- A-t-il besoin d'appareils particuliers ou de prothèses ? oui non

Si oui de quel type : -----

Quelle est la fréquence du port : -----

Quantité de matériel nécessaire pour une journée :

Nombre de couches : -----

Nombre de sondes : -----

Nombre d'étuis péniers : -----

- A-t-il besoin d'une verticalisation journalière ? oui non

Si oui, préciser la fréquence : -----

A-t-il d'autres appareillages ? oui non

Si oui, lesquels : -----

AUTONOMIE GESTUELLE

Dans les gestes de la vie quotidienne décrits ci-dessous, précisez ce que l'adulte peut faire à son rythme.

- Se lève et se couche seul(e) aide partielle aide totale
- a besoin d'un lève-personne
- Fait sa toilette (lavabo) seul(e) aide partielle aide totale
- Se douche ou se baigne seul(e) aide partielle aide totale
- Se rase (si nécessaire) seul(e) aide partielle aide totale
- S'habille seul(e) aide partielle aide totale
- Mange seul(e) aide partielle aide totale
- avec des couverts ordinaires uniquement à la cuillère avec ses propres couverts*
- Boit seul(e) aide partielle aide totale
- au verre avec son propre gobelet* avec une pipette ou une paille

*à avoir toujours avec lui (elle) dans son sac.

ALIMENTATION

- **Y'a-t-il des aliments à éviter à tout prix ?** oui non

Si oui, lesquels : -----

Et pourquoi ? -----

- **Présentation des aliments :** normaux mastiqués* moulinés*

* Apporter les matériels nécessaires (masticateur ou mixeur)

- **Est-il (elle) sujet aux fausses routes ?** oui non

Si oui, y'a-t-il des techniques pour les éviter ? -----

- **Suit-il (elle) un régime particulier ?** oui non

Si oui : rigoureux souple

Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel, religieux...) : -----

CONFORT PERSONNEL

L'adulte est réglée : oui non

L'adulte a des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle : oui non

S'il y a des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous :

- **Mode de miction :**

Normal (sur WC) bassin ou « pistolet » étuis péniens + poches d'urines

Sondage, ----- fois par jour (effectué par un tiers)

Auto sondage, ----- fois par jour (assure seul(e))

Sonde à demeure : fréquence du remplacement : -----

Stomie urinaire : fréquence du remplacement : -----

Protection (couches, alèses...) autres, préciser : -----

- **Quelque soit le mode de miction :**

Assure seul(e) en toutes circonstances

Aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)

Aide importante ou totale (assuré par un tiers)

- **Cependant, des « fuites » peuvent survenir :**

Jamais ou exceptionnellement

Assez fréquemment le jour la nuit

Tous les jours ou presque le jour la nuit

L'adulte suit-il un programme de rééducation urinaire ? oui non

- **Mode de défécation :**

Normal (sur WC) sur bassin

Utilise des produits locaux (type microlax) Si oui, à quelle fréquence : -----

Stomie digestive : fréquence du remplacement : -----

Protection incontinence

- **Quelque soit le mode de défécation :**

assure seul(e) en toutes circonstances

aide partielle ou dans certains cas

aide importante ou totale (assuré par un tiers)

- **Cependant, des « fuites » peuvent survenir :**

Jamais ou exceptionnellement

Assez fréquemment le jour la nuit

Tous les jours ou presque le jour la nuit

AUDITION

- Quelle est le degré de déficience auditive de l'adulte :
 - Aucune
 - Malentendant gauche droite
 - Non-entendant gauche droite
 - Porte-t-il une prothèse auditive ? non oui gauche droite
 - Porte-t-il un implant : non oui gauche droite
 - Quel entretien doit-on mettre en place (nettoyage, changement de pile...) ? A quelle fréquence ?

VISION

- Quel est le degré de déficience visuelle de l'adulte :
 - Aucune déficience
 - Malvoyant gauche droit
 - Non-voyant gauche droit
 - Ne voit pas de près ne voit pas de loin
 - Ne voit pas les reliefs ne voit pas les couleurs
 - Autre : -----
 - Porte-t-il (elle) des lentilles de contact ? oui non
 - Si oui, gère t-il (elle) la pose et l'entretien seul ? oui non
 - Porte t-il (elle) des lunettes ? oui non
 - A-t-il (elle) une paire de lunette de secours ? oui non
- A quels moments de la journée ou pour quelles activités l'adulte doit-il (elle) porter lunettes ou lentilles ?

- Comment se déplace t-il (elle) ?
 - Seul(e) à l'aide d'une canne blanche
 - Au bras de quelqu'un
 - Seul(e) quand il connaît les lieux
 - Toujours accompagné

AUTONOMIE RESPIRATOIRE

- N'a aucun problème
- Doit faire attention (sensibilité aux infections, asthme, précautions altitude ou effort – kiné)

Préciser : -----

EPILEPSIE EVENTUELLE

- N'a jamais fait de crise
- Peut faire des crises (pour les adultes qui sont sous traitement et qui n'ont jamais refait de crise)
- Fait des crises

Si oui, préciser la fréquence : -----
Conseil en cas de crise : -----

COMPREHENSION ET COMMUNICATION

- L'adulte comprend-il une consigne simple (règle d'un jeu, consigne de sécurité) : oui non
- A-t-il notion du danger ? oui non

Si non, quelles consignes particulières pouvez-vous conseiller à l'équipe d'encadrement ? -----

- A-t-il notion du temps ? oui non
 - A-t-il notion de l'espace ? oui non
 - Sait-il se repérer dans un lieu ? oui non
 - Sait-il se repérer dans un groupe ? oui non
 - Sur combien de temps peut-on mobiliser sa concentration
- Aucune concentration possible Quelques minutes
- 1 heure Plus d'une heure

- Dans sa communication avec les autres, l'adulte :

- Comprend le langage oral
- Lit sur les lèvres
- Comprend la langue des signes
- Comprend le langage écrit
- Parle

A l'usage de la parole : ordinaire difficile très difficile

N'a pas l'usage de la parole

Utilise des accessoires de communication oui non

Si oui, lesquels * : pictogramme alphabet ordinateur à synthèse vocale

Possède son propre langage (code) oui non

Utilise sa propre gestuelle oui non

Si oui, merci de nous communiquer une note explicative et en mettre toujours une copie dans son sac.

N'a aucun moyen de communication

HABITUDES ET COMPORTEMENTS

- A-t-il des « rituels » à respecter ? oui non

Si oui, lesquels : -----

- Quelles sont ses relations avec les autres ? (isolé, possessif, observateur...)

- L'adulte est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur... oui non

Si oui, merci de préciser :

Ce qui caractérise le trouble ou la crise (automutilation, cris, isolement, mise en danger, agressivité....) : -----

Ce qui déclenche ou peut déclencher « la crise » : -----

Ce qui peut calmer, arrêter « la crise » : -----

GOUTS ET APTITUDES

• Indiquez les passe-temps et loisirs favoris de l'adulte (ex : dessin, peinture, lecture, modelage, travaux manuels, expression corporelle, informatique, balades, musiques ou autres...) -----

- -----

• Pratique d'activités sportives (même occasionnelle) : -----
• Joue-t-il (elle) d'un instrument de musique ? oui non
• Peut-il nager ? seul avec une aide avec une bouée (à fournir)
• Quels sont ses souhaits particuliers pour ses loisirs et vacances? -----

- -----

• Peut-il (même avec difficulté): lire écrire compter
• Son argent de poche doit-il être confié à un tiers ? oui non
• Gère-t-il (elle) seul(e) son argent ? oui non
• L'adulte participe t-il facilement à la vie en groupe ? oui non
• Doit-on l'inciter à faire des efforts particuliers ? oui non

Si oui, dans quels domaines doit-il être stimulé : -----

• Quels sont les signes extérieurs qui peuvent aider à déceler une douleur ou un malaise ?-----

• Est-il (elle) facilement fatigable ? oui non

EN CAS D'URGENCE, NOUS POURRONS JOINDRE

Attention, il est nécessaire de nous communiquer les coordonnées de personnes joignables pendant le séjour :

➤ **Famille ou tutelle:**

NOM Prénom : -----Lien de parenté ? -----

Adresse : -----

Code Postal :-----Ville : ----- Tél : -----

Mail : -----

➤ **Médecin traitant :**

NOM Prénom : -----

Adresse : -----

Code Postal :-----Ville : ----- Tél : -----

➤ **Référent de l'établissement :**

NOM Prénom : -----

Adresse : -----

Code Postal :-----Ville : ----- Tél : -----

Mail : -----

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> photocopie de la carte d'invalidité | <input type="checkbox"/> attestation d'assurance responsabilité civile |
| <input type="checkbox"/> photocopie de l'attestation d'assuré social | <input type="checkbox"/> attestation d'assurance du fauteuil électrique |
| <input type="checkbox"/> photocopie de l'ordonnance médicale | |

Ce dossier a été rempli avec l'aide de : -----Fonction : -----

Je soussigné(e), (NOM ? Prénom) -----

déclare approuver les informations figurant dans ce dossier

tuteur éducateur parent autre (préciser) : -----

Certifie exact, lu et approuvé, à ----- le ----- 20-----

Signature :