

Rappel : avant de remplir ce document, assurez vous que les capacités d'autonomie (et comportementales) de votre protégé correspondent au séjour choisi il en relève de votre responsabilité. Véhicules, locaux et matériels ne sont ni aménagés, ni médicalisés. **Nous nous réservons le droit de refuser un vacancier dont l'autonomie serait jugée non conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment**
Important : il nous est impératif d'avoir en notre possession la fiche d'inscription et de connaissance parfaitement remplie 1 mois avant le départ, sans cela nous nous réservons le droit de refuser l'accueil du participant. Veuillez nous aviser de tout changement d'état de santé de votre protégé avant le début du séjour.

NOM et Prénom du Vacancier
Destination / dates

FICHE DE CONNAISSANCE
Autonomie C

Impossible pour ce niveau d'autonomie

AUTORISATIONS	OUI	NON
• Sorties		
Seul (sans accompagnateur)		
En petit groupe (sans accompagnateur)		
Seul après un repérage des lieux		
Sait s'orienter dans un lieu inconnu		
Traverse la chaussée sans danger		
• Traitements médicaux		
A-t-il un traitement médical ?		
Gère-t-il ses médicaments ?		
A-t-il des soins médicaux à réaliser par une IDE durant le séjour ? (*) Si oui, merci de faire parvenir une ordonnance 1 mois avant le séjour Précisez :		
• Baignade (sous surveillance)		
Sait nager		
• Argent de poche		
A la valeur de l'argent		
Gère son argent		
• Sexualité		
Gère sa sexualité		
Moyen de contraception ? Si oui, lequel :		
• Vêtements		
Gère ses vêtements seul		
Reconnait ses vêtements		

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Aide Ponctuelle	Aide constante
• Alimentation			
Mange			
Boit			
	OUI		NON
Risque de fausse route			
Faut-il une alimentation mixée			
Faut-il une alimentation coupée fin			
Faut-il une alimentation hachée			
Régime alimentaire : si oui précisez lequel et fournir le protocole	OUI		NON
	Précisez :		
Trouble alimentaire :		
Allergie alimentaire :		

• Toilette	Seul	Aide Ponctuelle	Aide constante
Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase / se coiffe			
Se chausse			
Va aux toilettes			
ÉNURÉSIE Si oui, prévoir les protections	OUI		NON
Énurésie nocturne			
Énurésie diurne			
ENCOPRÉSIE Si oui, prévoir les protections	OUI		NON
Encoprésie nocturne			
Encoprésie diurne			

RELATION AVEC	B	R	TA	I
Vacanciers				
Encadrement				
Hommes				
Femmes				
Enfants				
Inconnus				
Animaux				

HABITUDES DE VIE	O	N	P
Tabac nombre de cigarettes par jour :			
Alcool			
Café			
Nourriture			
Autres, précisez :			

• Communication	Seul	Aide Ponctuelle	Aide constante
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
Voit			
Entend			

NOM Prénom du Vacancier	Groupe sanguin :
Destination / dates	

CAPACITÉS PHYSIQUES / APPAREILLAGE	OUI	NON
• Marche		
Bon marcheur		
Fatigable		
Très limité		
• Problème moteur, si oui précisez :		
Fauteuil de confort (uniquement pour les sorties. merci de nous faire parvenir l'ordonnance pour la location 1 mois avant le départ)		
Taille : Poids : Taille pour votre T-shirt souvenir : S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/>		
Déambulateur (Merci de nous faire parvenir l'ordonnance pour la location)		
Canne		
Chaussures orthopédiques		
• Monte les escaliers		
• Perte d'équilibre		
• Vertiges		
• Peut dormir dans un lit superposé (si incapacité, suppl. de 35€)		
• Trouble de l'ouïe		
Porte un appareil auditif oreille gauche		
Porte un appareil auditif oreille droite		
N'entend pas		
• Trouble de la vue		
Porte des lunettes		
Porte des lentilles		
Mal voyant (supplément de 134€ d'accompagnement renforcé)		
Non voyant (supplément de 134€ d'accompagnement renforcé)		

TROUBLES DIVERS	OUI	NON
• Diabète (Nous n'assurons pas le suivi infirmier des personnes insullinodépendantes lors des transports)		
Gère seul		
Besoin IDE, si oui fréquence :fois/jour		
• Épilepsie		
Fréquence :		
Signes anocitateurs :		
• Asthme		
• Cardiopathie		
• Autisme		
• Schizophrénie		

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné,, agissant en qualité de, de M

1/ Autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé du vacancier dont son hospitalisation voire une intervention chirurgicale.

2/ Prendra en charge la totalité des dépenses ainsi engagées pour le compte du vacancier par ARTMO.

Fait à, le

Signature : Mention "Lu et approuvé"

Je soussigné,, agissant en qualité de, certifie que les informations précisées dans cette fiche de connaissance sont exactes. J'ai bien noté que toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à son accompagnement, pourra faire l'objet d'une annulation d'inscription de notre part ou un rapatriement si le séjour est commencé sans aucun dédommagement ou indemnité.

Fait à, le

Signature :

Si nécessaire, pour toute information complémentaire concernant le profil de la personne, vous pouvez nous joindre le complément sur papier libre.

COMPORTEMENT	OUI	NON
Crise d'angoisse		
Délires		
Troubles obsessionnels		
Phobies :		
Comportement exhibitionniste		
• Agressivité		
Envers lui		
Envers les autres		
Envers les objets		
• Vol, cleptonamie ?		
• A-t-il conscience du danger ?		
• Tendance à fuguer		
• Tendance à errer		
• A-t-il un bon sommeil ?		
Se lève la nuit		
Se lève tôt, si oui précisez l'heure :		
A un lever difficile		
Fait la sieste		
Se couche tôt, si oui précisez l'heure :		
• A-t-il des rituels ?		
Si oui, précisez :		
.....		