

<b>NOM et Prénom du Vacancier</b>	.....	<b>FICHE DE CONNAISSANCE</b> <b>Autonomie A</b> <span style="background-color: black; color: red; padding: 2px;">Impossible pour ce niveau d'autonomie</span>
<b>Destination / dates</b>	.....	

AUTORISATIONS	OUI	NON
<b>• Sorties</b>		
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		
Sait demander son chemin		
<b>• Traitements médicaux</b>		
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 : .....		
<b>• Baignade</b>		
Sait nager		
<b>Si oui autorise le vacancier à se baigner sans surveillance</b>		
<b>• Argent de poche</b>		
A la valeur de l'argent		
Gère son argent		
<b>• Sexualité</b>		
Gère sa sexualité		
Moyen de contraception ? Si oui, lequel : .....		
<b>• Vêtements</b>		
Gère ses vêtements seul		
Reconnait ses vêtements		

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
<b>• Alimentation</b>			
Mange			
Boit			
		OUI	NON
Risque de fausse route			
Faut-il une alimentation mixée			
Faut-il une alimentation coupée fin			
<b>Régime alimentaire :</b> si oui précisez lequel et fournir le protocole : Précisez : .....		OUI	NON
<b>Potomie</b>			
<b>Trouble alimentaire :</b> .....			
<b>Allergie alimentaire :</b> .....			

• Toilette	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
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			

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

ÉTURÉSIE	OUI	NON
Si oui, prévoir les protections		
Énurésie nocturne		
Énurésie diurne		
ENCOPRÉSIE	OUI	NON
Si oui, prévoir les protections		
Encoprésie nocturne		
Encoprésie diurne		

ADDICTIONS	O	N	P
Tabac nombre de cigarettes par jour : .....			
Alcool			
Café			
Nourriture			
Autres, précisez : .....			
.....			

**O = Oui / N=Non / P = Partiellement / B = Bon / R = Réserve / TA = Très affectueux / I = Isolé / ST = Stabilisé**

• Communication	Seul	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
Voit			
Entend			

