

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	FICHE DE CONNAISSANCE Autonomie B Impossible pour ce niveau d'autonomie
Destination / dates	

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		
Sait demander son chemin		
• 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		
Sait nager		
Si oui autorise le vacancier à se baigner sans surveillance		
• 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	Stimulation verbale	Guidance gestuelle
• Alimentation (ATTENTION PAS D'AIDE)			
Mange			
Boit			
		OUI	NON
Risque de fausse route			
Faut-il une alimentation mixée			
Faut-il une alimentation coupée fin			
Régime alimentaire : si oui précisez lequel et fournir le protocole : Précisez :		OUI	NON
Potomie			
Trouble alimentaire :			
Allergie alimentaire :			

• Toilette (ATTENTION PAS D'AIDE)	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				

ÉNURÉSIE	OUI	NON
<i>Si oui, prévoir les protections et doit savoir gérer le change seul</i>		
Énurésie nocturne. Fréquence des changes :		
Énurésie diurne. Fréquence des changes :		
ENCOPRÉSIE Si oui, prévoir les protections		
Énurésie nocturne. Fréquence des changes :		
Énurésie diurne. Fréquence des changes :		

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

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

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

NOM Prénom du Vacancier	Groupe sanguin :
Destination / dates	

CAPACITÉS PHYSIQUES / APPAREILLAGE	OUI	NON
• Marche		
Bon marcheur		<input checked="" type="checkbox"/>
Fatigable		<input type="checkbox"/>
Très limité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problème moteur, si oui précisez :		
Canne		<input type="checkbox"/>
Chaussures orthopédiques		<input type="checkbox"/>
• Monte les escaliers		
• Perte d'équilibre		
• Vertiges		
• Peut dormir dans un lit superposé (si incapacité, supl. de 38€)		
• Trouble de l'ouïe		
Porte un appareil auditif oreille gauche		<input type="checkbox"/>
Porte un appareil auditif oreille droite		<input type="checkbox"/>
N'entend pas		<input type="checkbox"/>
• Trouble de la vue		
Porte des lunettes		<input type="checkbox"/>
Porte des lentilles		<input type="checkbox"/>
Si oui, gère-t-il ses appareils ? <small>Si OUI, nous nous dégageons de toutes responsabilités en cas de casse et perte.</small>		<input type="checkbox"/>
Mal voyant (supplément de 145€ d'accompagnement renforcé)		<input type="checkbox"/>
Non voyant (supplément de 145€ d'accompagnement renforcé)		<input type="checkbox"/>

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

TROUBLES DIVERS	OUI	NON
• Diabète (pas plus de 2 injections par jour, notamment pendant les jours de convoyage où nous sommes dans l'incapacité de les effectuer). PAS POSSIBLE EN SEJOURS HORS MONT D'OR		
Gère seul		<input type="checkbox"/>
Besoin IDE, si oui fréquence :fois/jour		<input type="checkbox"/>

TROUBLES DIVERS		
• Épilepsie	OUI	NON
Stabilisé (doit être stabilisée, dans le cas contraire nous ne pourrons pas accueillir la personne)		<input checked="" type="checkbox"/>
Fréquence :		<input type="checkbox"/>
Malgré l'épilepsie, baignade autorisée ? Si oui, joindre un certificat médical autorisant la baignade		
		<input type="checkbox"/>
• Asthme		<input type="checkbox"/>
• Cardiopathie		<input type="checkbox"/>
• Autisme		<input type="checkbox"/>
• Schizophrénie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.