

*L'essentiel c'est vous!*



## FICHE PREALABLE A L'INSCRIPTION

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_



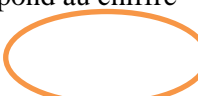

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél de la personne responsable de l'inscription \_\_\_\_\_

Email de la personne responsable de l'inscription \_\_\_\_\_

OBLIGATOIRE Nom et Email du tuteur(trice) \_\_\_\_\_

AUTONOMIE	PHYSIQUE	COMPORTEMENT	COMMUNICATION VERBALE
<b>A</b> <b>Bonne autonomie :</b> sociable, dynamique, participe. Nécessite une présence discrète de l'animateur	<b>1</b> Pas de problèmes moteurs. Bon marcheur.	<b>1</b> Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier.	<b>1</b> Possède le langage.
<b>B</b> <b>Autonomie relative:</b> Nécessité d'intervenir dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement, etc.). Accompagnement actif.	<b>2</b> Pas de problèmes moteurs. Se déplace sans difficultés pour de petites promenades. «Fatigable».	<b>2</b> Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.	<b>2</b> Compréhension générale, mais langage pauvre.
<b>C</b> <b>Pas autonome:</b> Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant.	<b>3</b> Problèmes moteurs. Marche avec l'aide ponctuelle d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil. Précisez en bas le la page	<b>3</b> Comportement instable et atypique. Périodes de grandes angoisses par crises. risques d'automutilation et/ou d'agression.	<b>3</b> Verbalisation inexistante. Mode de communication très complexe.
<b>D</b> <b>Prise en charge très importante,</b> rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.	<b>4</b> Personne ne sortant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne.		

Son Autonomie correspond à la lettre 	Son Aptitude Physique correspond au chiffre 	Son Comportement correspond au chiffre 	Sa Verbalisation correspond au chiffre 
---	--	--	---

Je soussigné \_\_\_\_\_

fonction \_\_\_\_\_

certifie que Mr / Mme \_\_\_\_\_

possède bien les critères définis ci-dessus.

et qu'il /elle aura besoin du matériel suivant: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



## SEJOUR SUR MESURE

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

TYPE DE SÉJOUR SOUHAITÉ

Famille d'accueil

Séjour 1 Vacancier avec 1 Accompagnateur

Préférence

H

F

DATES SOUHAITÉES

du \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

ou du \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

LIEU SOUHAITÉ

\_\_\_\_\_

ou \_\_\_\_\_

ACTIVITÉS APPRÉCIÉES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BESOIN DE MATÉRIEL

(exemples: Lit méd, Lève personne, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOINS MÉDICAUX

Besoin d'un passage infirmier

OUI

NON

Autres particularités

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TYPE DE VÉHICULE NECESSAIRE AU TRANSPORT

Véhicule léger

Véhicule léger TPMR

Minibus TPMR