



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Préalable à l'inscription

Attention ce document ne tient pas lieu de réservation

COORDONNEES

IDENTITE DE L'ENFANT	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

RESPONSABLE LEGAL	NOM	ADRESSE	TEL PORTABLE FIXE	COURRIEL

TYPE DE DEFICIENCE	Merci de préciser le handicap de votre enfant

SEJOUR	1er CHOIX	2ème CHOIX	3ème CHOIX
Séjours souhaités			
Dates			
Ville départ/retour			

Votre enfant a-t-il déjà participé à une colonie de vacances ?	Période de séjours (Hiver/Printemps - Eté/Toussains)	Coordonnées de l'organisme avec lequel votre enfant est parti	Eventuelles difficultés rencontrées
OUI			
NON	Si oui : Merci de joindre un compte rendu de l'organisme		

Votre enfant vit	En famille	En famille d'accueil	En Etablissement	
			Internat	Externat
Toute l'année				
Les vacances scolaires				
Week-end				

Votre enfant est	Oui	Non	Coordonnées + Nom de la personne référente + tél
Scolarisé			
Suivi par un établissement spécialisé ou service de soin			

VIE QUOTIDIENNE

A= est autonome

B= a besoin d'une aide ponctuelle C= n'a aucune autonomie

ORIENTATION	A	B	C
Se repère dans le temps, moments de la journée			
Se repère dans les lieux, l'espace			
A conscience du danger			

TRANSFERTS	A	B	C
Se lève			
Se couche			
S'assoit			

DEPLACEMENTS	A	B	C
Marche			
Court			
Nage			
Descend ou monte des escaliers			
Utilise une canne			
Se déplace avec un déambulateur			
Se déplace en fauteuil roulant			

TOILETTE , HYGIÈNE CORPORELLE	A	B	C
Toilette : visage, mains, coiffage			
Brossage des dents			
Douche			

DESHABILLAGE, HABILLAGE	A	B	C
Du haut			
Du bas			
Laçage, boutonnage, fermeture éclair			
Chaussettes, chaussures			
Choix et préparation des vêtements			
Tenue des vêtements (change, lavage ...)			

ALIMENTATION	A	B	C
Se sert des plats			
Utilise un couvert pour porter les aliments à sa bouche			
Coupe avec un couteau			
Enlève les arêtes, ouvre un yaourt, pèle un fruit			
Boit, tient un verre			

PROPRETE, CONTINENCE	A	B	C
S'essuie après les selles			
Va seul aux toilettes sans incitation			

ENURESIE diurne nocturne permanente intermittente
 ENCOPRESIE diurne nocturne permanente intermittente

GESTION	A	B	C
Gère ses propres affaires, son argent de poche			
Parle			
Écrit			
Sait lire			
Dessine			

CENTRES D'INTERET

Votre enfant pratique-t-il un sport ou une activité extérieure ?
Si oui, le/laquel(le) ?

Votre enfant a-t-il des centres d'intérêt particuliers ?

Sur combien de temps l'enfant ou l'adolescent est-il capable de mobiliser sa concentration ?

COMPORTEMENT

Comment votre enfant ou adolescent se comporte-t-il en groupe ?

Votre enfant est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur ?

Oui

Non

Si oui,

Qu'est-ce qui caractérise le trouble ou la crise ?

Qu'est-ce qui le déclenche ou peut le déclencher ?

Qu'est-ce qui peut le calmer ?

AUTRES

Quelles autres informations souhaitez-vous communiquer aux personnes qui accueilleront votre enfant sur le séjour

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat Médical d'aptitudes à la vie en collectivités stipulant que l'enfant ne sera pas dangereux pour lui-même ou les autres personnes présentes sur le centre

Etabli par le Docteur : _____ Fait, le _____

Date et signature
Responsable légal (ou représentant) de l'enfant

Réservé à TEMPS JEUNES pour acceptation définitive de l'inscription

- Contrôle des renseignements préalables effectué par _____ le _____
- Avis du professionnel de santé _____ Reçu le _____
- Avis APF ou Collectivité _____
- Nécessité d'un animateur référent OUI NON
- Validation transport aller / retour _____
- Avis du référent pour le séjour envisagé _____ le _____