



Fiche individuelle

Séjour : _____

Du _____ au _____

Coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ N° Carte d'identité : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Nom du responsable : _____

Mutuelle : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° d'affiliation : _____



IMPORTANT – Personnes de contact en cas de problème :

- *Personne à contacter au home / institution / centre de jour (y compris la nuit) :*

Nom : _____

Tél : _____ eMail : _____

- *Parents ou famille proche :*

Nom : _____

Tél : _____ eMail : _____

- *Médecin traitant ou neuropsychiatre :*

Nom : _____

Tél : _____ eMail : _____

Nature du handicap

Personnalité de la personne handicapée

- *Caractère (description) :*



- *Comportement (description des problèmes les plus courants - Normes de l'institution/centre de jour à appliquer) :*

- *Remarques éventuelles au sujet de :*

- La vue : _____
- L'ouïe : _____
- L'anxiété : _____
- L'agressivité : _____
- Fugue : _____
- Alcool : _____
- Autre : _____

- *Contacts sociaux :*

Sait-il(elle) parler ? oui – non

Dans la négative, comment s'exprime-t-il(elle) ?

Sait-il(elle) lire ? oui – non

Sait-il(elle) écrire ? oui – non

Comment comprend-t-il(elle) les autres ?

Bien – Phrases simples et courtes – Avec des gestes



Conseils supplémentaires :

• *Contacts relationels :*

Comment réagit-il(elle) en présence d'autres personnes handicapées ?

Comment réagit-il(elle) envers les accompagnants ?

Comment réagit-il(elle) en séjour mixte (déjà tenté ?) ?

La personne handicapée a-t-elle déjà passée des vacances en groupe ?

Date : _____ Lieu : _____

Vacances organisées par : _____

Comment a-t-il(elle) vécu ces vacances ? _____



Hygiène

• *Toilette*

Est-il(elle) indépendant(e) ?	oui – non
Prend-t-il(elle) conscience de son hygiène ?	oui – non
A-t-il besoin d'aide pour se raser ?	oui – non
A-t-il besoin d'aide pour se laver ?	oui – non
A-t-il besoin d'aide pour peigner ?	oui – non
A-t-il besoin d'aide pour prendre son bain ?	oui – non
A-t-il besoin d'aide pour prendre sa douche ?	oui – non
A-t-il besoin d'aide pour changer de sous-vêtements ?	oui – non

Indiquez précisément de quelle autre aide ou assistance il(elle) a besoin :

Utilise-t-il(elle) des produits spéciaux pour son hygiène ?
Dans l'affirmative, lesquels ? Pourquoi ? Joindre un mode d'emploi



• *Pour aller aux toilettes*

Est-il(elle) indépendant(e) ?

oui – non

Conseils éventuels :

Souffre-t-il(elle) régulièrement de constipation ?

oui – non

Souffre-t-il(elle) régulièrement de diarrhée ?

oui – non

Souffre-t-il(elle) d'incontinence durant la journée ?

oui – non

Souffre-t-il(elle) d'incontinence durant la nuit ?

oui – non

Conseils éventuels :

• *Menstruations*

Le cycle menstruel tombe-t-il pendant le séjour ?

oui – non

A-t-elle besoin d'aide pour changer de serviette hygiénique ?

oui – non

En général les règles sont-elles

- Normales
- Irrégulières
- Peu abondante
- Très abondante

Conseils éventuels :



Le coucher

A quelle heure a-t-il(elle) l'habitude d'aller se coucher ? _____ h _____
A-t-il(elle) un comportement particulier durant la nuit ? oui – non

Si oui, lequel ? _____

A-t-il(elle) l'habitude de dormir seul(e) la nuit ? oui – non
A-t-il(elle) l'habitude de dormir à deux la nuit ? oui – non
A-t-il(elle) l'habitude de dormir à plusieurs la nuit ? oui – non
Est-il nécessaire pour lui(elle) de dormir avec
des personnes du même home/institution ? oui – non
Si oui, vers qui va sa préférence ? :

Conseils éventuels :

La nourriture

Sait-il(elle) manger seul(e) ? oui – non
Dans la négative, de quelle aide a-t-il(elle) besoin ? :



Quelles sont ses habitudes alimentaires ?
(ex : boulimie, mange trop peu de légumes, aliments mixés, ...)



En cas de régime alimentaire strict, il ne sera pas possible de le suivre durant le séjour
sauf pour des raisons de maladie (exemple : diabète).



Divers

Quelle activités aime-t-il(elle) faire ?

Jusqu'à quel point est-il(elle) indépendant dans ses activités ?



Comment réagit-il(elle) vis-à-vis des animaux ?

Peut-il(elle) fumer ?

oui – non

Si oui, quelle quantité ? _____

Si oui, à quel moment de la journée ? _____

Peut-il(elle) boire des boissons alcoolisées ?

oui – non

Si oui, quelle est la quantité optimale ? _____

Sait-il(elle) gérer seul(e) son argent de poche ?

oui – non

Si oui, sait-il(elle) le gérer par

jour – séjour

Vos remarques :
