



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

---

---

Sait-il(elle) lire ? oui

Sait-il(elle) écrire ? oui

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

Bien



**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 ?**

---

---

---

---

---



## Situation de vie à domicile

En fonction de ses habitudes de vie à domicile, au home, à l'institution ou au centre de jour, quels sont les aspects nécessaires à maintenir pendant les vacances et notamment au niveau de sa vie affective et sexuelle ?

---

---

---

---

---

---

## Condition physique

Sait-il(elle) participer à toutes les activités physiques ?                      oui

Est-il(elle) bon marcheur ?    oui  
Si non, quelles sont ses limites ?

---

---

Sait-il(elle) nager ?    oui  
Est-il(elle) indépendante dans l'eau ?    oui  
Remarques et conseils :

---

---

Autres :

---

---

---

---



## Hygiène

• *Toilette*

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

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**

Conseils éventuels :

---

---

---

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

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

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

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

Conseils éventuels :

---

---

---

---

• *Menstruations*

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

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

En général les règles sont-elles **Normales**

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

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Conseils éventuels :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## La nourriture

Sait-il(elle) manger seul(e) ? oui  
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**

**Si oui, quelle quantité ?** \_\_\_\_\_

**Si oui, à quel moment de la journée ?** \_\_\_\_\_

**Peut-il(elle) boire des boissons alcoolisées ?** **oui**

**Si oui, quelle est la quantité optimale ?** \_\_\_\_\_

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

**Si oui, sait-il(elle) le gérer par** **jour**

---

**Vos remarques :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---