ADÉONA VOYAGES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2027

*Formulaire à remplir sur ordinateur ou à imprimer — les champs marqués * sont obligatoires*

Cette fiche est à compléter <u>après validation de votre bulletin d'inscription</u>. Elle permet à notre équipe d'accompagner le vacancier au plus près de ses besoins : merci de la remplir le plus précisément possible.

À retourner par mail à **contact@adeonavoyages.fr** ou par courrier : **Adéona Voyages — 91 rue Nationale — 35650 Le Rheu**

1 IDENTITÉ DU VACANCIER

Nom * : Prénom * :

Né(e) le * : Âge :

Genre : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Neutre

Taille (cm) : Poids (kg) :

Téléphone du vacancier :

PHOTO D'IDENTITÉ RÉCENTE OBLIGATOIRE

À coller ici ou à joindre au mail

Adresse * :

Code postal * : Ville * :

N° de Sécurité sociale * : Mutuelle :

Séjour n°1 * : Du : au :

Séjour n°2 : Du : au :

2 SITUATION DE HANDICAP

Autonomie générale : ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Faible ☐ Très faible

Déficience(s) : ☐ Moteur ☐ Sensoriel ☐ Cognitif / intellectuel ☐ Psychique ☐ Polyhandicap ☐ TSA (autisme)

Diagnostic / précisions sur le handicap :

Pathologie(s) associée(s) :

Taux d'invalidité (CMI) : Lieu de vie habituel :

DOCUMENTS À JOINDRE À CETTE FICHE

☐ Photo d'identité ☐ Ordonnance détaillée (dates du séjour) ☐ Ordo. IDE / location (3 sem. avant)

☐ Copie du carnet de vaccination ☐ Protocole diabète (si concerné) ☐ Protocole épilepsie (si concerné)

☐ Carte Vitale ☐ Attestation de droits (Sécurité sociale) ☐ Carte de mutuelle

Carte Vitale, attestation de droits et carte de mutuelle : les 3 documents sont obligatoires.

3 TOILETTE ET HYGIÈNE PERSONNELLE

Le vacancier…	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante	Précisions
Fait sa toilette	☐	☐	☐	
Se douche *(préciser les parties à aider et le rythme / semaine)*	☐	☐	☐	
Se brosse les dents	☐	☐	☐	
Se rase	☐	☐	☐	
Se coiffe	☐	☐	☐	
S'habille	☐	☐	☐	
Change ses vêtements	☐	☐	☐	
Change ses sous-vêtements	☐	☐	☐	
Reconnaît ses vêtements	☐	☐	☐	
Se chausse	☐	☐	☐	
Va aux toilettes	☐	☐	☐	
Gère ses protections hygiéniques (vacancières)	☐	☐	☐	

Continence et autres points	Oui	Non	Précisions
Hypersialorrhée *(risque de fausse route salivaire, bavage, bandana…)*	☐	☐	
Énurésie le jour	☐	☐	
Énurésie la nuit	☐	☐	
Encoprésie le jour	☐	☐	
Encoprésie la nuit	☐	☐	
Porte des protections *(préciser : jour / nuit, type, taille)*	☐	☐	
Les protections sont fournies par la famille / l'établissement	☐	☐	
A peur du bain	☐	☐	
A peur de la douche	☐	☐	
Préfère être aidé(e) par une personne du même sexe	☐	☐	

Précisions complémentaires utiles (habitudes de toilette, produits spécifiques, soins de peau…) :

4 ALIMENTATION

Le vacancier…	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante	Précisions
Mange	☐	☐	☐	
Boit	☐	☐	☐	
Coupe ses aliments	☐	☐	☐	
Utilise des couverts adaptés *(préciser)*	☐	☐	☐	

Particularités	Oui	Non	Précisions
Les aliments doivent être mixés / hachés *(préciser la texture)*	☐	☐	
Boissons épaissies / eau gélifiée	☐	☐	
Risque de fausse route	☐	☐	
Régime alimentaire *(sans sel, diabétique, sans porc, végétarien…)*	☐	☐	
Allergies ou intolérances alimentaires	☐	☐	
Troubles du comportement alimentaire *(boulimie, anorexie, potomanie, pica…)*	☐	☐	
Mange très vite / doit être surveillé(e) pendant les repas	☐	☐	

Goûts et habitudes (petit-déjeuner, aliments préférés ou refusés, café après le repas, accessoires…) :

5 NUIT, SOMMEIL, LEVER, COUCHER

Nuit et sommeil	Oui	Non	Précisions
Se couche tôt *(préciser l'heure)*	☐	☐	
Se lève tôt *(préciser l'heure)*	☐	☐	
Lever difficile	☐	☐	
Fait la sieste	☐	☐	
A peur de l'obscurité *(veilleuse, porte ouverte…)*	☐	☐	
Difficultés d'endormissement	☐	☐	
Se réveille la nuit	☐	☐	
Angoisses nocturnes	☐	☐	
Insomnies	☐	☐	
Ronfle / apnée du sommeil *(appareil PPC ?)*	☐	☐	
Peut partager sa chambre	☐	☐	
Besoin d'un change ou d'un passage la nuit	☐	☐	

Autres précisions et préconisations (rituel du coucher, doudou, position, barrières de lit…) :

6 MOBILITÉ, SANTÉ ET AIDES TECHNIQUES

Aides techniques	En permanence	Occasion-nellement	Non	Précisions
Se déplace en fauteuil roulant *(manuel / électrique)*	☐	☐	☐	
Utilise une canne ou un déambulateur	☐	☐	☐	
Utilise une canne blanche	☐	☐	☐	
Porte des lunettes correctrices	☐	☐	☐	
Porte des lentilles	☐	☐	☐	
Porte des chaussures orthopédiques	☐	☐	☐	
Porte un appareillage *(attelle, corset, orthèse…)*	☐	☐	☐	

Prothèses	Oui	Non	Précisions
Prothèse dentaire amovible	☐	☐	
Prothèse auditive *(appareil, implant osseux ou cochléaire, mode de recharge)*	☐	☐	

Précisions complémentaires (matériel à prévoir, distance de marche possible…) :

7 TRANSFERTS

Transfert	Seul(e)	Aide humaine	Aide matérielle	Précisions
Lit / fauteuil	☐	☐	☐	
Fauteuil / toilettes	☐	☐	☐	
Douche / baignoire	☐	☐	☐	
Montée / descente du véhicule	☐	☐	☐	
Passage assis / debout	☐	☐	☐	

Transport en minibus	En fauteuil	Transfé-rable	Siège normal	Précisions
Peut s'asseoir dans un minibus (*« en fauteuil » = véhicule PMR obligatoire)*	☐	☐	☐	

Appui sur les jambes : ☐ Oui ☐ Partiel ☐ Non, aucun appui

Nombre de personnes nécessaires pour un transfert : ☐ 1 personne ☐ 2 personnes ☐ Sans objet

Matériel utilisé : ☐ Lève-personne (LP) ☐ Verticalisateur ☐ Planche de transfert ☐ Disque de transfert ☐ Autre

Taille du filet / de la sangle : Marque / modèle du matériel :

⚠ **À APPORTER : le filet de lève-personne (LP) et/ou la sangle de verticalisateur du vacancier.** Ils sont personnels et **ne sont pas fournis sur le lieu de séjour** : merci de les prévoir dans les bagages.

☐ Filet LP / sangle de verticalisateur prévu(e) dans les bagages ☐ Non concerné

Comment se déroule le transfert, étape par étape (position de départ, où se placer, consignes données au vacancier, gestes à éviter, douleurs…) :

Comment le vacancier vit-il ses transferts ? ☐ Serein(e) ☐ Un peu d'appréhension ☐ Peur importante ☐ Peut refuser

Ce qui l'aide ou le rassure (mots, gestes, prévenir avant, même intervenant…) et réactions possibles :

8 HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENT

Habitudes de vie / comportement	Oui	Non	Précisions
Vit habituellement en couple	☐	☐	
Le/la conjoint(e) est inscrit(e) sur le même séjour	☐	☐	
Comportement social adapté avec une personne connue	☐	☐	
Comportement social adapté avec une personne inconnue	☐	☐	
Objet fétiche / doudou	☐	☐	
Rituels	☐	☐	

Habitudes de vie / comportement	Oui	Non	Précisions
Goûts ou centres d'intérêt particuliers	☐	☐	
Tendance à fuguer	☐	☐	
Troubles de la mémoire	☐	☐	
Délires	☐	☐	
Hallucinations	☐	☐	
Phobies	☐	☐	
Crises d'angoisse	☐	☐	
Agressivité *(envers qui ? dans quelles situations ?)*	☐	☐	
Automutilation	☐	☐	
Mise en danger de soi *(refus de soins, etc.)*	☐	☐	
Comportements exhibitionnistes / désinhibition	☐	☐	
Troubles obsessionnels et compulsifs	☐	☐	
Tendance au retrait	☐	☐	
Consommation de boissons alcoolisées *(autorisée ? quantité ?)*	☐	☐	
Consommation de tabac *(nombre / jour, gestion)*	☐	☐	

Signes annonciateurs d'une crise et conduite à tenir (ce qui apaise, ce qu'il faut éviter) :

9 COMMUNICATION

Sens	Oui	Avec correction	Non	Précisions
Voit	☐	☐	☐	
Entend	☐	☐	☐	

Mode de communication	Oui	Un peu	Pas du tout	Précisions
Communique par le langage verbal	☐	☐	☐	
Langue gestuelle (LSF, Makaton…)	☐	☐	☐	
Langue gestuelle tactile	☐	☐	☐	
Attitudes, gestes ou objets à valeur de communication	☐	☐	☐	
Pictogrammes, dessins, photos	☐	☐	☐	
Cris, vocalises ou autres signes oraux codifiés	☐	☐	☐	
Aphasie	☐	☐	☐	
Logorrhée / itérations (répète les mêmes mots)	☐	☐	☐	

Lecture / écriture	Seul	Avec aide	Non	Précisions
Écriture	☐	☐	☐	
Lecture	☐	☐	☐	

Outils et usages	Oui	Non	Précisions
Lecture labiale	☐	☐	
Dessin	☐	☐	
Utilisation du téléphone *(a-t-il son propre téléphone ?)*	☐	☐	
Utilisation d'Internet	☐	☐	
Logiciels adaptés	☐	☐	
Table alphabétique ou tablette de communication	☐	☐	
Outils très simplifiés ou adaptés	☐	☐	

Précisions utiles (comment exprime-t-il un besoin, une douleur, un refus ?) :

10 SORTIES ET DÉPLACEMENTS

Le vacancier…	Oui	Non	Avec préparation	Précisions
Se repère dans l'espace	☐	☐	☐	
Se repère dans le temps	☐	☐	☐	
Mémorise un lieu à atteindre	☐	☐	☐	
Mémorise un trajet	☐	☐	☐	
S'adapte à des lieux nouveaux	☐	☐	☐	
Supporte les lieux publics et la foule	☐	☐	☐	
Lit l'heure	☐	☐	☐	
Lit les panneaux indicateurs	☐	☐	☐	
Sait demander son chemin	☐	☐	☐	
Sait rentrer à heure fixe	☐	☐	☐	
Traverse la chaussée sans danger	☐	☐	☐	
Peut sortir seul(e), sans accompagnement	☐	☐	☐	
Peut sortir en petit groupe, sans accompagnement	☐	☐	☐	

11 GESTION DE L'ARGENT PERSONNEL

Argent de poche	Autonome	Avec aide	Non	Précisions
Gestion de l'argent de poche	☐	☐	☐	
Réalisation d'un achat simple	☐	☐	☐	

Montant de l'argent de poche prévu (€) : Remis par :

Précisions (dépenses à limiter, achats à éviter, gestion par l'encadrement...) :

12 ACTIVITÉS SPORTIVES ET DE LOISIRS

Activités	Oui	Non	Précisions
Sait faire un choix parmi plusieurs activités	☐	☐	
Pratique régulière d'une activité sportive *(préciser)*	☐	☐	
Pratique régulière d'une activité de loisirs *(préciser)*	☐	☐	
Fatigabilité *(préciser)*	☐	☐	
Peut soutenir son attention longtemps *(film, spectacle)*	☐	☐	
Sait nager	☐	☐	
A déjà dormi sous tente, en caravane ou mobile-home	☐	☐	
Peut prendre ses repas hors du lieu de séjour	☐	☐	
Contre-indication à sortir le soir	☐	☐	
Contre-indication à certains thèmes / activités	☐	☐	
Peurs, phobies ou obsessions *(animaux, eau, bruit, hauteur...)*	☐	☐	

Activités appréciées / envies pour ce séjour :

13 TRAITEMENT ET INFORMATIONS MÉDICALES

joindre l'ordonnance

L'ORDONNANCE À JOINDRE À CETTE FICHE DOIT :

- être **datée de moins de 6 mois** et **couvrir toute la durée du séjour** (dates du séjour indiquées dessus) ;
- détailler **chaque médicament** : nom, dosage, posologie et horaires de prise ;
- inclure les traitements **« si besoin »** (antalgique, traitement de crise…) avec leurs conditions d'administration ;
- prescrire le **matériel et les dispositifs** : barrières de lit, lit médicalisé, protections, bas de contention, matériel de glycémie… ;
- prescrire les **soins infirmiers (IDE)** si nécessaire, avec leur nature et leur fréquence.

DÉLAI : les ordonnances de passage IDE et de location de matériel doivent nous parvenir au plus tard 3 semaines avant le début du séjour.

Au départ : piluliers préparés + copie de l'ordonnance.

☐ Ordonnance conforme jointe à cette fiche ☐ Ordonnances IDE / location envoyées ☐ Aucun traitement

Le vacancier gère-t-il seul son traitement ? ☐ Oui ☐ Avec une aide ☐ Non (aide totale) ☐ Sans objet

Médicament et dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher	Forme / remarque

Autres soins prescrits (pansements, kiné, injections, glycémie…) :

Groupe sanguin :

Vaccinations à jour	Oui	Non	Date du dernier rappel
Hépatite A	☐	☐	
Hépatite B	☐	☐	
Tétanos (DTP)	☐	☐	
Grippe	☐	☐	
Covid-19	☐	☐	

Autres vaccins :

Allergies connues (aliments, médicaments, piqûres, matières…) et réaction à surveiller :

Pathologies à risque	Oui	Non	Date de la dernière crise / précisions
Asthme	☐	☐	
Épilepsie *(fréquence, durée, traitement d'urgence)*	☐	☐	
Diabète	☐	☐	
Troubles cardiaques	☐	☐	

Diabète ou épilepsie : merci de nous transmettre le protocole médical avec cette fiche.

☐ Protocole diabète transmis ☐ Protocole de crise d'épilepsie transmis ☐ Non concerné

Conduite à tenir en cas de crise (épilepsie, asthme, hypoglycémie…) :

Contre-indications	Oui	Non	Précisions
Baignade	☐	☐	
Autres activités nautiques	☐	☐	
Autres activités sportives *(préciser)*	☐	☐	
Altitude	☐	☐	
Activité physique soutenue	☐	☐	
Toute exposition solaire, même modérée	☐	☐	

14 POUR LES VACANCIÈRES

Contraception (médicament ou autre moyen, lequel) :

Gère seule sa contraception / la prise du médicament : ☐ Oui ☐ Avec une aide ☐ Non ☐ Sans objet

Les règles sont : ☐ Douloureuses ☐ Abondantes ☐ Irrégulières

Aménorrhée : ☐ Oui ☐ Non Dysménorrhée : ☐ Oui ☐ Non

Traitement ou aide en cas de douleur :

15 MÉDECIN ET PERSONNES À JOINDRE PENDANT LE SÉJOUR

Médecin traitant

Nom et prénom : Téléphone :

Adresse :

Joignable pendant le séjour : ☐ Oui ☐ Non

Sinon, médecin joignable (nom, téléphone) :

Psychiatre / spécialiste qui suit le vacancier (nom, téléphone) :

Personnes à joindre pendant le séjour (parents, référent, ami·e…)

Contact 1 – nom : Lien : Tél. :

Contact 2 – nom : Lien : Tél. :

16 AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION

Je soussigné(e) (vacancier ou représentant légal) :

Qualité (vacancier, parent, tuteur, curateur…) :

autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) afin que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation ou intervention chirurgicale, y compris sous anesthésie, sur la personne du vacancier.

☐ Oui, j'autorise ☐ Non, je n'autorise pas

Fiche remplie par : Téléphone :

Fait à : Le :

Signature du vacancier ou de son représentant légal :

Signature manuscrite après impression, ou nom tapé si envoi par e-mail