



Un établissement spécialisé dans les loisirs à  
l'attention des personnes en situation de handicap



Photo d'identité

(à coller)  
Pas d'agrafes SVP

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### Année 2018

La fiche de renseignement annuelle complétée, et accompagnée du règlement des frais d'inscriptions annuels fixé à 25 € ouvre droit aux prestations proposées par notre établissement Au Fil des Loisirs. Ces renseignements sont destinés à vérifier l'adaptation de l'activité à la demande des parents et du bénéficiaire.

Nous vous demandons de compléter ce dossier de la manière la plus objective et la plus détaillée possible afin de proposer un accompagnement adapté et sécurisé en fonction du degré d'autonomie des participants.

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### Bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : M  F

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail

Numéro de Sécurité Sociale :

/ / / / / /

Mutuelle : oui  non

Carte d'invalidité : oui  non

Etablissement fréquenté : oui  non

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Mail :

Personne référente ou groupe :

#### Régime de protection juridique :

Non  Tutelle  Curatelle

(merci de joindre une copie du jugement de tutelle)

Nom :

Organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe :

Portable :

Téléphone professionnel :

Mail :

#### Autres liens

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

## VIE QUOTIDIENNE

### Le bénéficiaire :

#### Hygiène :

Se lave t'il seul ? oui  assisté  non   
Va t-il seul aux toilettes ? oui  assisté  non   
Est-il énurétique ? diurne  nocturne  non   
Est-il encoprétique ? diurne  nocturne  non   
Porte t'il des couches ? diurne  nocturne  non

#### Repas :

Sait il manger ? oui  assisté  non   
Mange t'il mixé ou pré haché ?  
Café autorisé ? oui  non

Contre indication pour un pique nique standard type niçois poulet (pain blanc, tomate, poulet, salade, œuf) et brownie?  
Oui  Non  si oui pourquoi ?

Précisions : (allergies, particularités) Veuillez nous adresser un certificat médical et un protocole personnalisé.

#### Alcool, tabac :

Alcool autorisé : oui  non   
Bière cidre vins : oui  non   
Alcools forts : oui  non   
Consignes éventuelles :

Fume : oui  non   
Consommation à gérer par un tiers : oui  non   
Consignes éventuelles :

#### Déplacements :

Béquilles ou canne : oui  non   
Fauteuil roulant : oui  non   
Conscience du danger : oui  non   
Supporte les longues distances : oui  non   
Mal des transports : oui  non   
Symptômes :

Contre indications en :  
-voiture / minibus : oui  non   
- bus / tram : oui  non   
- train : oui  non   
- bateau : oui  non   
- avion : oui  non   
Attitudes préconisées :

## VIE SOCIALE

Attentes particulières du bénéficiaire :

de son entourage :

Est- il habitué à la vie en collectivité ? oui  non   
Est-il habitué à sortir seul ? oui  non   
Est-il habitué à rester seul ? oui  non

Sait-il s'orienter dans un lieu inconnu ? oui  non   
Peut il demander son chemin ? oui  non   
Choisit il seul ses loisirs ? oui  non   
S'intègre t'il à un groupe inconnu ? oui  non   
Phobies ( peur de l'escalator, ascenseur, chiens...) oui  non

Précisez :

Connait il la valeur de l'argent ? oui  non   
Gère t'il seul son argent personnel ? oui  non   
Gestion des affaires personnelles: oui  assisté  non   
Sait il lire ? oui  non   
Sait il écrire ? oui  non

## APTITUDES PHYSIQUES :

Peut-il marcher ? oui  non   
Faire une promenade ? oui  non   
Durée ? -1h  1h  +1h   
Rythme : lent  modéré  dynamique   
Peut-il courir ? oui  non   
A-t-il le vertige ? oui  non

Sait-il nager ? oui  non   
Si aide, avec planche, bouée, ceinture ?  
Fait-il du vélo ? oui  non   
Sait-il monter à cheval ? oui  non   
A-t-il le sens de l'équilibre ? oui  non

Comment occupe-t-il ses temps libres ? (télévision, lecture, musique, dessin...)

Comment gère-t-il les moments d'attente ?

S'isole oui  non

Recherche la présence du groupe  des animateurs

Précisions :

### Troubles du comportement :

**Dépression** : oui  non

Symptômes :

**Angoisse** : oui  non

Causes :

Attitudes préconisées :

**Manifestation agressives** : oui  non

Envers soi : oui  non

Envers les autres : oui  non

Envers les objets : oui  non

Causes :

Attitudes préconisées :

**Autres troubles du comportement** : oui  non

Attitudes préconisées :

**Si un protocole de communication est mise en place (PECS, Makaton, Coghano, classeur personnel de pictogrammes etc), merci de détailler précisément sur feuilles séparées, toutes informations nécessaires à la compréhension, la communication et le bien être de l'utilisateur pendant ses activités ou son séjour.**

**Ce classeur devra bien sûr être fourni et accompagner l'utilisateur en toutes circonstances.**

### DROIT A L'IMAGE :

Merci de cocher les cases si vous **ACCEPTEZ** qu'Au Fil Des Loisirs ou Au Fil De La Vie utilise l'image du bénéficiaire pour :

- Les photos et vidéos de ses propres activités (envoi en privé à tous les participants) :
- La création du DVD de son séjour (remis individuellement à tous les participants) :
- Ses publications futures (site web, gazette, brochures, catalogues, etc) :

## ASPECT MEDICAL

Nom :

Prénom :

Sexe : M  / F

Né(e) le :

N° de sécurité sociale : / / / / / /

Taille :

Poids :

kg

Groupe sanguin :

### Sens :

**Déficience auditive** : oui  non

Si oui : légère  moyenne  complète

Est appareillé : oui  non

Si oui, précisez :

Le gère seul : oui  non

**Déficience visuelle** : oui  non

Si oui : légère  moyenne  complète

Est appareillé : lunettes  lentilles

**Autres déficiences sensorielles** : oui  non

Si oui, précisez :

### Prothèse et appareillage :

**Prothèse dentaire** : oui  non

La gère seul : oui  non

**Fauteuil roulant** : oui  non

Si oui : en permanence  temporairement

**Matériel orthopédique** : oui  non

(bas de contention, chaussures...)

Si oui, précisez :

Le gère seul : oui  non

### Médical :

**Vaccination à jour** : oui  non

Date des derniers rappels :

**Epileptique** : oui  non

Si oui, stabilisée : oui  non

Précisez :

**Diabétique** : oui  non

Si oui, besoin d'injections : oui  non

Fait par une infirmière : oui  non

Fait par lui-même : oui  non

**Problèmes cardiaques** : oui  non

Si oui, précisez :

**Allergies** : oui  non

Si oui, précisez :

**Asthme** : oui  non

Si oui, traitement : oui  non

Sait le gérer : oui  non

**Régime alimentaire spécial** : oui  non

Si oui, précisez :

Mange mixé : oui  non

Mange pré haché : oui  non

Précisez en cas de crise, fréquence et facteurs /Que faire en cas de crise (traitement ou autre)

## PATHOLOGIES

Indiquez les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, asthme, allergies, hospitalisations, opérations.....)

## MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN :

Numéro de Téléphone :

ADRESSE

CODE POSTAL ET VILLE :

## AIDE A LA PRISE DES MEDICAMENTS TRANSMIS DANS UN SEMAINIER

### TRAITEMENT

Traitement particulier : oui  non  Si oui, veuillez indiquer la posologie ci-dessous.

Le prend seul : oui  non

Médicaments prescrits	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER HEURE

### CONTRE-INDICATIONS

Le bénéficiaire a-t-il des difficultés particulières liées à sa maladie (problème cardiaque, résistance à la fatigue, contre indications à certaines activités...)?

Si vous avez une attitude habituelle, le «truc», face à certaines situations particulières : crise, refus, abattement...) - Veuillez nous l'indiquer :

**ATTENTION : Nous tenons à vous rendre vigilant sur l'importance de faire une copie de ce dossier et le conserver précieusement. Par ailleurs, nous vous demandons de nous faire part de tout changement de situation (administratif, médical....) concernant la personne. Nous vous rappelons que cette mise à jour vous incombe. Au Fil Des Loisirs décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.**

**En accord avec un médecin, j'autorise Au Fil Des Loisirs à prendre toutes les dispositions concernant la santé du participant, y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgentes.**

**J'atteste de l'exactitude des informations transmises et m'engage à informer l'établissement Au fil des loisirs de tout changement afin d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.**

**Date et signature .....**

**LE BENEFICIAIRE**

**LE REPRESENTANT LEGAL**

## **PIECES A FOURNIR**

### **Au fil des loisirs**

- Photocopie recto verso couleur de la carte nationale d'identité
- Photocopie de l'attestation vitale de sécurité sociale, carte européenne si séjour à l'étranger
- Photocopie de l'attestation mutuelle
- Photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Fiche d'aptitude médicale à la pratique d'activités (week end – séjours)
- Autorisation ou refus du droit à l'image détaillée (bas de page 3)
- Règlement de 25 € de la cotisation du « membre utilisateur » (chèque ou virement)
- Photo d'identité
- Ordonnance médicale à jour