

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



Photo d'identité

(À coller)  
Pas d'agrafes  
SVP

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### Année 2020

(Merci de ne plus utiliser les versions antérieures)

**La fiche de renseignement annuelle complétée, et accompagnée du règlement de la cotisation annuelle fixée à 25 € ouvre droit aux prestations proposées par notre établissement Au Fil des Loisirs.**

Ces renseignements sont destinés à vérifier si le séjour et/ou les activités sont adaptés à la demande des parents ou 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 :  
Tél. fixe : Portable :  
Mail :  
N° de Sécurité Sociale : / / / / / /

Mutuelle : oui  non

Carte d'invalidité : oui  non

Responsabilité Civile : oui  non

Nom et adresse de l'Assureur :

N° de contrat :

#### Médecin traitant :

Tél :  
Adresse :  
Code postal :  
Ville :

#### Régime de protection juridique :

Non  Tutelle  Curatelle

Nom :  
Organisme :  
Adresse :

Code postal : Ville :  
Tél. fixe :  
Portable :  
Tél. professionnel :

Mail :

#### Etablissement fréquenté :

Nom :  
Prénom :  
Adresse :

Code postal :  
Tél. fixe : Ville :

Portable :  
Mail :

## VIE QUOTIDIENNE

### Hygiène :

Le bénéficiaire :

Se lave-t-il seul ? Oui  Assisté  Non   
 Va-t-il seul aux toilettes ? Oui  Assisté  Non   
 Est-il énurétique ? Oui  Assisté  Non   
 Est-il encoprétique ? Oui  Assisté  Non

Porte-t-il des protections ? Jour  Nuit  Non

### Le repas :

Le bénéficiaire :

Sait-il manger seul ? Oui  Assisté  Non   
 Mange-t-il mixé ou pré-haché ? entourez Oui  Non   
 Café autorisé ? Oui  Non

### Contre-indication pour un

#### piquenie standard niçois poulet

*(pain blanc, tomate, poulet salade, œuf)*

#### et brownie ?

Oui  Non

Si oui, pourquoi ?

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

### Alcool, tabac

Alcool autorisé ? Oui  Non   
 Bière, cidre, vin ? Oui  Non

Alcools forts ? Oui  Non

### Consignes éventuelles :

Fume-t-il ? Oui  Non   
 Consommation à gérer par un tiers ? Oui  Non

### Consignes éventuelles :

A-t-il conscience du danger ? Oui  Non   
 Supporte-t-il les longues distances ? Oui  Non   
 A-t-il le mal des transports ? Oui  Non

Si oui, quels sont les symptômes ?

### Déplacements :

Béquilles ou canne ? Oui  Non   
 Déambulateur ? Permanent  En sorties  Non

Fauteuil roulant ? Permanent  En sorties  Non

Si oui, assure-t-il les transferts seul ? Oui  Non

En cas de location de fauteuil ou

déambulateur nécessaire : Poids : kg  
 Tour de taille : cm  
 Taille : cm

Contre-indications en :

- Voiture/minibus Oui  Non
- Bus / Tram Oui  Non
- Train Oui  Non
- Bateau Oui  Non
- Avion Oui  Non

## VIE SOCIALE

### Attentes particulières du bénéficiaire :

### Attentes particulières 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 (escalator, ascenseur, chiens...)? Oui  Non

Précisez

Connait-il la valeur de l'argent ? Oui  Non   
 Gère-t-il seul son argent personnel ? Oui  Non   
 Gère-t-il ses affaires personnelles ? Assisté  Oui  Non   
 Sait-il lire ? Oui  Non   
 Sait-il écrire ? Oui  Non   
 Sortie sans encadrement autorisée : Oui  Non

## ACTIVITES PHYSIQUES

Peut-il marcher ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sait-il nager ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faire une promenade ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si aide, avec quoi (bouée, planche, ceinture) ?		
Durée	- 1h <input type="checkbox"/>	1h <input type="checkbox"/>	+ 1h <input type="checkbox"/>		
Rythme	Lent <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Dynamique <input type="checkbox"/>	Fait-il du vélo ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Peut-il courir ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sait-il monter à cheval ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A-t-il le vertige ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	A-t-il le sens de l'équilibre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## COMPORTEMENT

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

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

A-t-il tendance à s'isoler?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Recherche-t-il la présence	Du groupe <input type="checkbox"/>	Des animateurs <input type="checkbox"/>

**Précisions :**

### Troubles du comportement :

Comportement changeant ? Oui  Non

**Symptômes :**

Angoisses ? Oui  Non

**Causes :**

**Attitudes préconisées :**

<b>Manifestations agressives ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Envers soi :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Envers les autres :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Envers les objets :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Causes :**

**Attitudes préconisées :**

Autres troubles du comportement ? Oui  Non

**Attitudes préconisées :**

Si un protocole de communication est mis en place (PECS, Makaton, Coghamo, 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.

## INFORMATIONS NECESSAIRES RELATIVES AU SEJOUR

Merci de noter ici toutes informations qui pourraient être utiles pour le bon déroulement des activités ou séjour.  
(Habitudes, rituels en place...)

## INFORMATIONS de SANTE

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Sexe :** M  F  **Né(e) le :** \_\_\_\_\_  
**N° sécurité sociale :**        / / / / / / **Taille :** \_\_\_\_\_ **Poids** \_\_\_\_\_ **Groupe sanguin :** \_\_\_\_\_

### Profil sensoriel :

**Déficiance auditive ?** Oui  Non   
 Si oui : légère  moyenne  complète   
 Est appareillé ? Oui  Non   
 Gère-t-il son appareil seul ? Oui  Non   
**Déficiance 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-t-il seul ? Oui  Non   
**Matériel orthopédique** (bas de contention, chaussures, etc.):  
 Oui  Non   
**Si oui précisez :** \_\_\_\_\_  
 Le(s) gère-t-il seul ? Oui  Non

### Volet médical :

**Vaccination à jour ?** Oui  Non

Date des derniers rappels : \_\_\_\_\_

**Sujet à des crises convulsives, chutes, absences ?** Oui  Non

Si oui, traitement associé ? Oui  Non

**Précisez :** \_\_\_\_\_

**Interventions médicales à prévoir au cours du séjour ?** Oui  Non

Si oui, de quelle nature ? (injections, pansements, soins oculaires, ...)

Fréquence : \_\_\_\_\_

Fait par une infirmière ? Oui  Non

Fait par lui-même ? Oui  Non

**Insuffisance cardiaque ?** Oui  Non

**Si oui, précisez :** \_\_\_\_\_

**Allergies ?** Oui  Non

**Si oui, précisez :** \_\_\_\_\_

**Insuffisance respiratoire ?** 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

**En cas de crise, précisez quels sont les facteurs avant-coureurs et la conduite à tenir (traitement ou autre) :** \_\_\_\_\_

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

### Traitement médicamenteux :

Traitement médicamenteux : Oui  Non  Le bénéficiaire prend-il seul son traitement ? Oui  Non   
 Si oui, indiquez uniquement le **nombre de médicaments** dans le tableau ci-dessous :

	Matin	Midi	Soir	Coucher
<b>Lundi</b>				
<b>Mardi</b>				
<b>Mercredi</b>				
<b>Jeudi</b>				
<b>Vendredi</b>				
<b>Samedi</b>				
<b>Dimanche</b>				

Traitement dit « de confort » ou « si besoin » : Oui  Non

Si oui, dans quelles circonstances ? (précisez)

### Pour les séjours :

Tout traitement médical devra impérativement être préparé dans un semainier personnel identifié avec nom, prénom et photo, et couvrir la totalité du séjour. Sa préparation est sous la responsabilité de l'établissement ou du représentant légal qui **garantit la bonne composition et la quantité suffisante.**

Les traitements des jours de départ et de retour de séjour devront être isolés dans des piluliers uniques journaliers identifiés avec nom et prénom.

**Les ordonnances à jour devront impérativement accompagner tout traitement médical au départ du séjour, sous pli cacheté nominatif.**

### Contre-indications :

Le bénéficiaire a-t-il des difficultés particulières (insuffisance cardiaque, résistance à la fatigue, contre-indications à certaines activités, etc.) ?

Quelle est la conduite à tenir face à certaines situations particulières (crise, refus, abattement, etc.) ?

**DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL****NOM :****Prénom :****Date naissance :**

**Document strictement confidentiel devant être complété par le médecin traitant  
et nous être transmis, avec les ordonnances à jour à :**

**medicalsejour@aufildelavie.fr**

**Dans le cadre de la nouvelle réglementation RGPD (Règlement Général sur la Protection des  
Données), nous ne pouvons communiquer ce dossier aux équipes encadrantes.**

**Il leur sera transmis sous pli cacheté et ne sera consulté qu'en cas de besoin uniquement par un  
service médical compétent.**

**Pathologies**

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

**Traitement médicamenteux :**

Veillez indiquer **LISIBLEMENT** la posologie dans le tableau ci-dessous

Médicaments prescrits	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER HEURE

**Contre-indications :**

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

Date, signature et cachet du médecin traitant :

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

Parent, représentant légal, tuteur/curateur de la personne dénommée ci-après (*rayez les mentions inutiles*) :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : / / À \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

.....

N'autorise pas

Autorise

L'Association Au fil de la Vie, à publier, à exposer, à diffuser la (les) photographie(s), le(s) film(s) ou l'(les)enregistrement(s) le représentant :

- Sur support papier (gazette, flyer, plaquette...)
- Sur support numérique (site de l'établissement, Facebook, CD, DVD...)
- La création du DVD du séjour offert en cadeau, ou l'envoi des photos prises en activité via un site sécurisé

La publication ou la diffusion de son image, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité et à sa vie privée.

Fait à \_\_\_\_\_

Le / / \_\_\_\_\_

Signature du parent, représentant légal, tuteur/curateur (*Précédée de la mention lu et approuvé*)

*Dans le cadre du RGPD (règlement général sur la protection des données), nous vous informons que le présent formulaire sera conservé sans limite de durée. Les informations recueillies sont prises en compte par le service « communication » et la direction de l'établissement de rattachement. « Toute personne qui donne son accord pour l'utilisation de son image peut changer d'avis et demander le retrait des photographies, même s'il a signé au préalable une autorisation écrite ». Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez faire une modification ou vous opposer au traitement des données qui vous concernent, merci de bien vouloir nous en informer par e-mail : [directiongenerale@aufildelavie.fr](mailto:directiongenerale@aufildelavie.fr) ou par courrier : Association Au fil de la Vie – 17 rue du Commando de Cluny – 68800 THANN.*



**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 urgents.

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    /    /

LE BENEFICIAIRE

LE REPRESENTANT LEGAL



## PIECES A FOURNIR

- Photocopie recto verso couleur de la carte nationale d'identité à jour de validité
- Photocopie de l'attestation vitale de sécurité sociale de l'année en cours
- Carte européenne de santé si séjour à l'étranger
- Photocopie de l'attestation mutuelle en cours
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Autorisation ou refus du droit à l'image détaillée (page 8)
- Règlement de 25 € de la cotisation du « membre utilisateur » (chèque ou virement)
- Photo d'identité en 1<sup>ère</sup> page

Dossier médical confidentiel à adresser par courrier ou mail à [medicalsejour@aufildelavie.fr](mailto:medicalsejour@aufildelavie.fr)

- Dossier médical à renseigner par le médecin traitant (page 7)
- Ordonnance(s) médicale(s) à jour