

➤ Dossier d'inscription

DI

À retourner avant le 30 avril 2026

Mes coordonnées

Nom: Prénom:

Date de naissance: Age: Sexe: M F

Adresse de mon lieu de vie:

Je vie: Foyer d'hébergement Foyer de vie M.A.S. F.A.M.
 Structure hospitalière E.H.P.A.D Logement Autonome
 Famille Famille d'accueil
 Service d'accompagnement, Précisez: Autre, Précisez:

**Photo
d'identité
obligatoire**

(récente de moins
de 3 mois)

Précisez le nom de l'organisme / foyer:

Numéro de téléphone joignable 24 h/24 (OBLIGATOIRE):

Personne chargée de l'inscription

Nom:

Prénom:

Séjour choisi

Nom du séjour:

Dates du séjour:

Convocation à adresser à :

Nom: Prénom:

Adresse:

Téléphone:

Email:

Facturation à adresser à :

Organisme:

Nom: Prénom:

Adresse:

Téléphone:

Email:

À joindre avec la fiche d'inscription:

- Photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité.
- Photocopie de votre carte d'invalidité en cours de validité.

Je suis sous un régime de protection juridique:

- NON
- TUTELLE
- CURATELLE

Dossier d'inscription

DI

Avez-vous des frères et sœurs ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parlez-vous facilement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Donner leurs prénoms :		Avez-vous des difficultés auditives ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre Niveau d'autonomie		Avez-vous des difficultés visuelles ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autonomie		Portez-vous des lunettes ? (Renseignements médicaux pour les verres à nous joindre)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Bonne autonomie, sociable, dynamique, pratique, présence discrète de l'encadrement.	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous non voyant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autonomie relative Nécessité d'intervention dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités...) Stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). Accompagnement actif.	<input type="checkbox"/>	Connaissez-vous la valeur de l'argent ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Non autonome. Aide effective dans les actes de la vie quotidienne. Encadrement constant.	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des troubles du comportement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prise en charge très importante, rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels appropriés.	<input type="checkbox"/>	Vous arrive-t-il de partir sans prévenir ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Physique		Avez-vous des comportements dangereux pour les autres et pour lui-même ? (Y compris dans l'expression de sa sexualité)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pas de problème moteur, bon marcheur	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous agressif ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pas de problème moteur. Se déplace sans difficulté pour de petites « promenades ». Fatigable.	<input type="checkbox"/>	Portez-vous des prothèses ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes moteurs. Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil roulant.	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ?
Personne ne quittant pas ou peu de son fauteuil. Dépendant d'une tierce personne.	<input type="checkbox"/>	Relations avec l'extérieur ?
Comportement		Relations avec l'encadrement ?
Comportement sociable, ne laissant pas apparaître de problème particulier.	<input type="checkbox"/>	Courrier	
Comportement ritualisé repérable, instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.	<input type="checkbox"/>	À qui pouvez-vous écrire pendant le séjour ? Précisez qui sont ces personnes pour vous (grands-parents, parents, amis...) et donnez leurs coordonnées :
Communication verbale			
Possède le langage	<input type="checkbox"/>		
Compréhension générale, mais langage pauvre	<input type="checkbox"/>		
Verbalisation inexiste. Mode de communication très complexe	<input type="checkbox"/>		
Renseignements pratiques			
Aptitude à se déplacer			
Fauteuil roulant manuel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Fauteuil électrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Difficultés motrices	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Fatigable à la marche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Marche plus d'1 km	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Peut monter un escalier sans difficulté	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Station debout pénible	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Béquilles ou Cannes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Coquille orthopédique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autonomie			
Avez-vous besoin d'aide pour :			
- Manger	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Se laver	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- S'habiller	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Aller aux w.-c.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Êtes-vous propre le jour ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Êtes-vous propre la nuit ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Dormez-vous bien ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Avez-vous des difficultés d'endormissement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Vous occupez-vous de votre linge ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Gérez-vous votre argent de poche ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Aptitude de communication et de comportement			
Savez-vous lire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Savez-vous écrire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

➤ Dossier d'inscription

DI

● Loisirs

Quelles activités vous pratiquez ou avez-vous déjà pratiquées. Cochez les cases correspondantes :

- Camping
- Équitation
- Bateau
- Tennis
- Natation
- Autres (précisez):

● Comment occuez-vous votre « temps libre » ?

● Informations sur la vie quotidienne

Afin de mieux vous connaître, quelles sont vos « petites habitudes » :

- Le réveil :
- Composition du petit-déjeuner :

- La toilette :

.....

.....

.....

.....

.....

● Autres informations importantes à connaître

Êtes-vous asthmatique ? Oui Non

Êtes-vous épileptique ? Oui Non

Si oui, manifestation habituelle :

Fréquence :

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

Êtes-vous soumis à un régime alimentaire ? Oui Non

Lequel ? :

La nourriture doit-elle être mixée ? Oui Non

La nourriture doit-elle être hachée ? Oui Non

Êtes-vous fumeur ? Oui Non

Gérez-vous votre consommation ? Oui Non

Si non, préciser la gestion de votre consommation :

.....

Savez-vous nager ? Oui Non

La baignade est-elle autorisée ?

Oui Non

● Traitement

Avez-vous un traitement ? Oui Non

Gérez-vous seul votre traitement ? Oui Non

Avez-vous besoin de soins infirmiers ? Oui Non

Précisez :

.....

.....

● Contre-indications

- Alcool :

.....

.....

- Alimentaires :

.....

- Sportives :

.....

- Divers :

.....

➤ Dossier d'inscription

- **Rapport de comportement**

À remplir obligatoirement. Merci de nous indiquer tous les éléments/informations que vous jugez utiles et importants afin de permettre un accompagnement le plus adapté possible et favoriser votre bien-être.

➤ Dossier d'inscription

➤ Dossier d'inscription

APAJH Vacances Loisirs

➤ Fiche de liaison (d'urgence)



Durée de validité
3 mois.

DOSSIER SANTÉ
(à remplir par un médecin)

Dossier
à caractère
confidentiel

Pour chaque inscription, remplissez le dossier d'inscription et le dossier médical

Nom du Vacancier :

Age: Poids: Taille:

Coordonnées Médecin Traitant:

Renseignements médicaux

Description aussi précise que possible du handicap :
.....

Examen

- Cardiaque :
- Pulmonaire :
- Digestif :
- Uro-génital :

Rapport de comportement

- Troubles de la vue? Oui Non
- Troubles de l'ouïe? Oui Non
- Troubles caractériels? Oui Non
- Troubles de la parole Oui Non
- Énurésie? Oui Non
- Encoprésie? Oui Non
- Éthyisme? Oui Non
- Asthme? Oui Non

Doit-on s'attendre à des crises comitiales? Oui Non

Manifestation habituelle:

Fréquence:

Maladie et accidents (dates):

Interventions chirurgicales récentes:

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre:

Age d'apparition des règles (pour les filles):

Sont-elles régulières: Oui Non

Sont-elles douloureuses: Oui Non

Contraception? Oui Non

Si oui, lequel?

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire? Oui Non

Lequel?

Les prescriptions:

La nourriture doit-elle être mixée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pré-hachée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies connues: Alimentaires Médicamenteuses

Tous les vaccins sont-ils à jour? Oui Non

Est-il fumeur? Oui Non

La baignade est-elle autorisée? Oui Non

Sait-il nager? Oui Non

➤ Fiche de liaison (d'urgence)

■ Traitement

Traitement : le vacancier est-il soumis à un traitement permanent ?

Oui Non

Le vacancier prend-il ses médicaments seul ?

Oui Non

A-t-il besoin de soins infirmiers ?

Oui Non

Précisez :

.....
.....
.....

Remettre obligatoirement, au moment de départ, les médicaments en quantité suffisante au Responsable ou à son représentant, l'ordonnance médicale, un semainier, la photocopie du carnet de vaccinations et éventuellement la prescription pour les régimes alimentaires.

■ Observations ou autres indications médicales

.....
.....
.....

■ Contre-indications

Alimentaires :

Sportives :

Baignades :

Boissons alcoolisées :

Divers :

.....
.....

Certificat d'admission en séjour de vacances

Je soussigné, Docteur

certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,
certifie que l'adulte
peut être admis dans le séjour de vacances choisi.

À Le

Signature et cachet du médecin.