



DESTINATION : .....  
DATES DU : ..... AU : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### VACANCIER :

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Portable : ..... Né(e) le : ..... Sexe : H  F   
N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....  
*Joindre la copie de l'attestation de carte vitale*  
Est-il (elle) sous statut de majeur protégé : Oui  Non   
Si oui : Curatelle simple  Curatelle renforcée  Tutelle

### RESPONSABLE TUTEUR(TRICE) :

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... E-mail : .....

### ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ :

NOM : .....  
Type d'établissement : ..... Responsable : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... E-mail : .....

### PERSONNE PHYSIQUE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE 24/24 PENDANT LE SÉJOUR :

(à remplir obligatoirement)

NOM : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Téléphone (2) : ..... Portable : .....

#### PERSONNE RESPONSABLE DU TRANSPORT DÉPART :

*Personne pouvant être contactée le jour du départ à remplir obligatoirement*

NOM et Prénom : .....  
Téléphone : .....

#### PERSONNE RESPONSABLE DU TRANSPORT AU RETOUR :

*Personne pouvant être contactée le jour du retour à remplir obligatoirement*

NOM et Prénom : .....  
Téléphone : .....

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VACANCIER

Il est important pour l'équipe d'encadrement de mieux connaître le vacancier. Afin de répondre le mieux possible à son attente, il est indispensable que vous complétiez ce document de la manière la plus précise. Ce document demeurera absolument interne à HANDI-LOISIRS.

**Toutes ces informations sont strictement confidentielles. Ce document restera interne à HANDI-LOISIRS.**

## MODE DE VIE :

Le vacancier habite-t-il :  Dans sa famille OUI  NON   
 Dans une autre structure OUI  NON   
Si OUI laquelle: .....

Le vacancier travaille-t-il :  
Si OUI dans quelle structure : .....

Le vacancier a-t-il ses parents vivants : -Mère OUI  NON   
-Père OUI  NON

## HANDICAP :

ORIGINE ou TYPE : .....

## SYNTHÈSE D'ÉVALUATION DE MES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT (SEMBA) :

Se reporter aux pages 8 à 10 de notre brochure. Je colorise ce qui me correspond.

Vie quotidienne



Vie sociale



Déplacement et mobilité



## AU NIVEAU FONCTIONNEL

Porte-t-il/elle :  Un appareil dentaire OUI  NON   
 Un appareil auditif OUI  NON   
 Des lunettes OUI  NON   
 Autres appareils OUI  NON   
Si OUI lesquels : .....

## MÉDICAL

Sous traitement médical : OUI  NON  Si oui, périodicité : Matin  Midi  Soir  Coucher

Pour les établissements, traitements préparés par une pharmacie? OUI  NON   
*(si oui pas d'envoi de semainiers)*

Est-il/elle :  Épileptique : OUI  NON  Stabilisé/traité : OUI  NON   
 Diabétique : OUI  NON  Insulinodépendant : OUI  NON   
 Énurésique : De jour : OUI  NON  De nuit : OUI  NON   
Si OUI porte-il/elle des protections : OUI  NON   
 Encoprésique : De jour : OUI  NON  De nuit : OUI  NON   
Si OUI porte-il/elle des protections : OUI  NON

## ALLERGIE :

À certains médicaments : OUI  NON  Si OUI lesquels : .....

À certains aliments : OUI  NON  Si OUI lesquels : .....

## POUR LES FEMMES :

A t-elle une contraception : OUI  NON  Si OUI laquelle : .....

## RÉGIME ALIMENTAIRE :

Suit t-il/elle un régime alimentaire : OUI  NON  Si OUI lequel (joindre l'ordonnance de régime) : .....

Nécessite-t-il/elle une surveillance de son poids : OUI  NON  POIDS HABITUEL : ..... TAILLE : .....

## APTITUDES - ACQUISITIONS :

Sait t-il/elle :	OUI	NON	AVEC AIDE
<b>Parler :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si NON, quel type de communication : .....			
<b>Lire :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Écrire :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Marcher :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Monter les escaliers :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nager :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gérer ses médicaments :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gérer son argent :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, gèrera-t-il/elle son argent durant se séjour : - en intégralité  - par petites sommes

Si par petites sommes : Montant : ..... € Périodicité : .....

## AUTONOMIE QUOTIDIENNE :

	Autonomie totale	À solliciter	À surveiller	Aide ponctuelle	Aucune autonomie
La toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'habillement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du linge :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si aide ponctuelle précisez : .....

## COMPORTEMENT - RELATIONS :

### Quel est son comportement ?

Dans un groupe : .....

Avec ses camarades : .....

Avec l'encadrement : .....

Avec le sexe opposé : .....

Avec les enfants : .....

Avec les animaux : .....

### A t-il/elle tendance à :

l'agressivité envers les autres OUI  NON  l'agressivité envers lui/elle même OUI  NON

à fuguer OUI  NON  à s'isoler OUI  NON

## ACTIVITÉS - DYNAMISME

Faut t-il la/le solliciter : OUI  NON

Peut il/elle exprimer une demande OUI  NON

Est-il/elle manuel(elle) OUI  NON

Activités préférées : .....

Activités déconseillées : .....

