

# INTERLUDE

ACCUEIL RELAIS  
et SÉJOURS ADAPTÉS

DOSSIER ANNUEL VACANCIER

## CONTACTS

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

..... Date de naissance : ...../...../.....

Tél fixe et /ou portable : .....

Email : .....

**PHOTO  
OBLIGATOIRE**

Etablissement fréquenté en 2021 : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Personne référente : ..... Email : .....

Protection juridique :  Oui  Non Si oui, précisez : Tutelle  Curatelle

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Adresse (si pas de mail) : .....

Prend en charge tous les règlements de séjour :  Oui  Non

## PIÈCES À FOURNIR

Copie de :

- > La carte vitale
- > La carte d'identité
- > L'attestation de la responsabilité civile
- > La dernière ordonnance
- > Une synthèse éducative (facultatif)

Personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Portable : .....

Email : .....

Nom du(de la) vacancier(ière) : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

### PROFIL DU VACANCIER

#### AUTONOMIE (A cocher)

- Bonne autonomie**  
Présence discrète de l'encadrement, ne nécessite pas d'aide dans les gestes de la vie quotidienne.
- Moyenne autonomie**  
Accompagnement actif. A stimuler pour les actes de la vie quotidienne. Peut avoir besoin d'une aide en sortie (tenir le bras etc)
- Petite autonomie**  
Nécessite un encadrement constant. Aide effective dans la vie quotidienne.

#### APTITUDE PHYSIQUE (A cocher)

- Pas de problèmes moteurs**  
Bon marcheur (heure ou +).
- Pas de problèmes moteurs majeurs**  
Se déplace sans difficultés pour des promenades (heure ou -). Fatigable.
- Problèmes moteurs**  
Marche avec aide ponctuelle d'un tiers ou appareillage particulier.
- Problèmes moteurs majeurs**  
Déplacements exclusivement en fauteuil roulant. Dépendant d'une tierce personne.

#### COMPORTEMENT (A cocher)

- Comportement sociable,**  
ne laissant pas apparaître de problème particulier.
- Comportement ritualisé, repérable,**  
instable dans son mode de relation. Ne se met pas en danger mais peut avoir des périodes d'angoisse ou repli.
- Comportement nécessitant un encadrement constant** (mise en danger, fugue, période d'angoisse et/ou risque d'automutilation).

#### HYGIÈNE

- |                             |                               |   |   |
|-----------------------------|-------------------------------|---|---|
| Fait sa toilette, se douche | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale    | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Se brosse les dents         | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale    | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Se rase                     | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale    | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| S'habille                   | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale    | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Change ses vêtements        | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale    | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Change ses sous-vêtements   | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale    | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Reconnaît ses vêtements     | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Nom noté sur les vêtements |
| Se chausse                  | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec stimulation verbale | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Va aux toilettes            | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec stimulation verbale | <input type="checkbox"/> Avec aide physique         |
| Est énurétique              | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Le jour                    |
| Est encoprétyque            | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Le jour                    |
| Utilise des protections     | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Le jour                    |

#### MOTRICITÉ, DÉPLACEMENT

- Se déplace
- |                            |                              |                              |                                  |   |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| en fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Le sien | <input type="checkbox"/> Prescription pour location |
| avec un déambulateur       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Le sien | <input type="checkbox"/> Prescription pour location |
| avec une canne             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                  |   |
- A besoin d'une aide physique pour
- |                        |                              |                              |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| marcher                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| monter dans le minibus | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| monter un escalier     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
- Se fatigue rapidement  Oui  Non

#### REPAS, ALIMENTATION

- |                           |                              |                              |   |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Mange seul                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec une aide      |
| Boit seul                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec une aide      |
| Risque de fausse-route    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| Aliments mixés            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| Peut boire du vin / bière | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Exceptionnellement |
| Trouble alimentaire       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser : .....                            |

Habitudes alimentaires : .....

#### LEVER, COUCHER

- |                                   |                              |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Se couche tôt                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | (Heure approx de coucher : ) |
| A des difficultés pour s'endormir | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                              |
| A peur de l'obscurité             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                              |
| Se réveille la nuit               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                              |
| A un lever difficile              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                              |
| Se lève tôt                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | (Heure approx de lever : )   |
| Fait la sieste                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                              |

#### SORTIES

- |                                     |                              |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Se repère dans l'espace             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| S'adapte à un lieu nouveau          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Supporte les lieux publics          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Lit l'heure                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sait demander son chemin            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Traverse la chaussée sans danger    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sort seul sans animateur            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sort en petit groupe sans animateur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

#### SANTÉ

- |                               |                              |                              |                                       |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Surdité                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser :                            |
| Port d'une prothèse auditive  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| Déficience visuelle           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser :                            |
| Port de lunettes              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| A un traitement médical       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| Prend son traitement seul     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec aide    |
| Traitement (suite) sous forme |                              |                              |                                       |
| de gouttes                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| de sachet                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| Autre, préciser :             |                              |                              |                                       |
| Diabète                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Se gère seul |
| Contrôle dextro               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Se gère seul |

#### COMMUNICATION

- |                                |                              |                              |   |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Communique verbalement         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| gestuellement                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| Autre, préciser :              | .....                        |                              |   |
| Lit                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| Écrit                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| Utilise un téléphone           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| Utilise Internet               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |   |
| <b>RELATIONS</b>               |                              |                              |   |
| Relation difficile avec autrui | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser (autres vacanciers, personnes extérieures,...) : ..... |
| Accepte le cadre et consignes  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser : .....  |

### COMPORTEMENT

- Possède un objet fétiche  Oui  Non Lequel : .....
- A tendance à  
fuguer / errer  Oui  Non  
s'automutiler  Oui  Non Préciser les circonstances : .....
- se mettre en danger  Oui  Non Préciser : .....
- Rituel(s)  Oui  Non Le(s)quel(s) : .....
- Phobie(s)  Oui  Non La(es)quelle(s) : .....
- Trouble(s)  
de la mémoire  Oui  Non  
anxieux  Oui  Non  
dépressif  Oui  Non  
du spectre autistique  
si oui, stéréotypies : .....
- intérêts restreints : .....
- Autre, préciser : .....

### ACTIVITÉS, LOISIRS

- Sait faire un choix parmi plusieurs activités  Oui  Non Préciser : .....
- Pratique régulière d'une activité, d'un sport  Oui  Non Préciser : .....
- Attentif de manière prolongée (film, spectacle,...)  Oui  Non
- Baignade autorisée  Oui  Non
- Sait nager  Oui  Non
- Souhaiterait camper (sous tente, mobil-home,...)  Oui  Non Préciser : .....

### COMPORTEMENT (SUITE)

- Consomme du tabac  Oui  Non  Gère seul  Protocole cigarettes, préciser : .....
- Autres addictions  Oui  Non Si oui, préciser : .....

### INTIMITÉ, SEXUALITÉ

- Vit en couple  Oui  Non  Chambre avec lit double (si conjoint(e) présent(e) sur le même séjour)
- Pour les femmes :
- Contraceptif  Oui  Non Si oui, préciser : .....

### ARGENT PERSONNEL

- Gère seul son argent  Oui  Non
- Justificatifs (des achats)  Obligatoires  Pas nécessaires
- Sait acheter  Seul  Avec une aide

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (que vous jugerez nécessaires pour aider l'équipe d'animation à accompagner la personne inscrite)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom de la personne ayant complété cette fiche : ..... en qualité de : ..... le : .....

### DROIT A L'IMAGE

- J'autorise l'association Interlude à utiliser, anonymement, à des fins de développement de l'association (site, brochure), des photos ou vidéos me représentant
- Je souhaite que les photos et vidéos sur lesquelles j'apparais restent dans le strict cadre des séjours

Sans case cochée, l'association ne peut pas garantir que les supports photos ou vidéos ne seront pas utilisés dans le cadre énoncé