



## COMMUNICATION

	Aide		
	oui	Ponctuelle	non
Communique par gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communique par langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communique par cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MOTRICITÉ ET DÉPLACEMENTS

	oui	Aide	non
Monte sur un lit superposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur un terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est fatigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utilise une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sert d'un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transport en véhicule adapté	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

joindre ordonnance pour location si nécessaire

joindre ordonnance et protocole

## SORTIE

	oui	Occasionnelle	non
Sort en petit groupe sans animateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisé (e) à sortir seul (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du gîte une ou deux heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-une demi-journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Avec repas de midi prêt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à la cleptomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centres d'intérêts, aime et n'aime pas?

## ACTIVITÉS LOISIRS

	oui	Non
Je suis sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je participe activement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la vie de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se baigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins d'une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus d'une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Peut marcher

## HYGIÈNE – TOILETTE

	Aide				
	oui	Ponctuelle	non		
Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelles remarques pouvez-vous	
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire sur son hygiène?	
Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Change ses sous-vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reconnait/choisit ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Est énurétique le jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Est énurétique la nuit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Est encoprétique le jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Est encoprétique la nuit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
porte des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	le jour	la nuit
va au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besoin de matériel médicalisé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	fournir alèses et protections	
chaise Douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	doit être fourni	
lit douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	doit être fourni	
ne lève personne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	joindre ordonnance pour location	
À peur de la douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>Concernant les jeunes femmes réglées</b>		<b>Avec aide</b>			
Utilise – t-elle des serviettes					
Seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Concernant les hommes</b>		<b>Avec aide</b>			
Se rase seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## REPAS – ALIMENTATION

	Aide				
	oui	Ponctuelle	non		
Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Boit seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Faut- lui mixer ses aliments?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Gère seul les quantités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Suit -il un régime?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Joindre protocole alimentaire	
	<b>oui</b>	<b>Occasionnelle</b>	<b>non</b>		
Boit de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Boit du café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
utilisation de gélifiant Pour les boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## SOMMEIL

Se couche-tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
À peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Difficultés d'endormissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angoisses, insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se lève-tôt ( préciser l'heure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
utilise un lit médicalisé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	joindre ordonnance pour location	

## INTÉGRATION / RELATIONS

	Oui	Non	
Est déjà parti en séjour vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si fréquentation de différents lieux de vie,
Travaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donner un exemple de journée type.
Pratique des activités au long de l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préciser lesquelles :			
<b>vit au jour de l'inscription :</b>			
<b>Seul ()</b>			
<b>en couple ()</b>			
<b>Autre ()</b>			
le conjoint est inscrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sur le même séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dorment-ils ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décrire le type de comportements, a quelles occasions,
a des manifestations agressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quels conseils pour l'encadrement :
- envers soi -même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dans la relation avec les femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dans la relation avec les hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait gérer : la frustration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'autorité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le cadre, les interdits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
comportements particuliers/ inadaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## GESTION DES ANGOISSES

	Oui	Non	décrivez
À des angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À une (des) phobie (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À des objets fétiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## PROJET DE SÉJOUR

motivation et attentes du vacancier pour ce séjour :

**INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES A NOUS COMMUNIQUER**