



## Fiche d'autonomie

valable un an, à revoir à chaque séjour

PHOTO

### TITRE DU SÉJOUR

### Dates du séjour

### Nom et prénom du Participant

### Profil autonomie

.../.../...

### ÉTABLISSEMENT/LIEU DE VIE

DATE

PERSONNE REMPLISSANT CETTE FICHE

SIGNATURE  
OBLIGATOIRE

## 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"/>	joindre ordonnance si location nécessaire
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"/>	joindre ordonnance si location nécessaire
transport en véhicule adapté	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	joindre ordonnance et protocole

## SORTIE

	Oui	Occasionnelle	Non	
Sort en petit groupe sans animateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centres d'intérêts, aime et n'aime pas?
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"/>	

## 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"/>
		<b>Peut marcher</b>	
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"/>

## HYGIÈNE – TOILETTE

	Aide			Quelles remarques pouvez-vous faire sur son hygiène?		
	Oui	Ponctuelle	Non			
Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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"/>			
Reconnaît/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"/>			
			le jour    la nuit			
porte des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>fournir alèses et protections</b>
va au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
besoin de matériel médicalisé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
chaise Douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<b>doit être fourni</b>
lit douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<b>doit être fourni</b>
ne lève personne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<b>joindre ordonnance pour location</b>
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

	Oui	Aide	Non	
Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boit seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faut-il 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"/>	<b>Joindre protocole alimentaire</b>
	Oui	Occasionnelle	Non	
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"/>	
A 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"/>	<b>Joindre ordonnance pour location</b>

## INTÉGRATION / RELATIONS

	Oui	Non	Si fréquentation de différents lieux de vie, Donner un exemple de journée type.
Est déjà parti en séjour vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Travaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratique des activités au long de l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préciser lesquelles :			

**vit au jour de l'inscription :**

Seul ( ) en couple ( ) Autre ( )

	Oui	Non	Décrire le type de comportements, à quelles occasions Quels conseils pouvez-vous donner?
le conjoint est inscrit sur le même séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>
dorment-ils ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A des manifestations agressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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
A des angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 300px; width: 100%;"></div>
A une (des) phobie (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A des objets fétiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## **PROJET DE SÉJOUR**

**motivations et attentes du vacancier pour ce séjour :**

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