



## Questionnaire relatif à l'accompagnement quotidien des participants

### 1. COORDONNÉES DU PARTICIPANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  masculin  Féminin

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent SGDF : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### 2. COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE PENDANT LE SÉJOUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Titre : Parents, Tuteurs, Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Titre : Parents, Tuteurs, Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Références de la mesure de protection : \_\_\_\_\_

### 3. INFORMATIONS DIVERSES

#### Lieu de vie

Foyer / Préciser le nom et l'adresse : \_\_\_\_\_

Domicile

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

#### Lieu de travail / vie

ESAT     Foyer     IME     Autre, précisez : \_\_\_\_\_

#### Activités sportives et loisirs

Pratique régulièrement une activité sportive     oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

Pratique/aime le chant, théâtre, musique, ...     oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

Apprécie les activités manuelles     oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

Fatigabilité     oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

A déjà dormi sous tente     oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

Fait partie d'un mouvement ou d'un groupe ? :  oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

Quelles sont ses activités préférées ? : \_\_\_\_\_

#### Entourage familial si différent des personnes mentionnées page précédente

Nom/ prénom	Père :	Mère :
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Adresse email		

Frère (s) et sœur (s) (nom, prénom, âge) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. VIE QUOTIDIENNE

### Alimentation

Mange seule                       Besoin d'une aide partielle                       Besoin d'une aide totale

Préciser : \_\_\_\_\_

Autonome sur les quantités pendant le repas     oui                       non

Si non, préciser : \_\_\_\_\_

Régime particulier             oui                       non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Allergies particulières     oui                       non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Possibilité de boire un peu d'alcool dans des circonstances particulières :  oui     non

Préciser : \_\_\_\_\_

### Capacités motrices

Marche             sans difficulté             avec difficulté             avec de l'aide

Préciser : \_\_\_\_\_

Est-il sensible à l'altitude             oui                       non

Préciser : \_\_\_\_\_

Utilise un fauteuil roulant pour se déplacer

sans objet             pour tous les trajets             seulement pour les trajets longs

Préciser : \_\_\_\_\_

A la notion de danger (traverser, eau, feu, ...) :             oui                       non

Préciser : \_\_\_\_\_

Se repère facilement dans un lieux                       oui                       non

Préciser : \_\_\_\_\_

Connaît Gauche/Droite             oui                       non

Préciser : \_\_\_\_\_

## Communication

### - Expression

Parle :  facilement  difficilement  un peu  avec des gestes

Préciser : \_\_\_\_\_

Sait lire :  oui  certains mots  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Sait écrire :  oui  certains mots  oui, avec un modèle  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Utilise LSF :  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Sait utiliser le téléphone  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Exprime spontanément ses besoins/émotions  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Utilise les pictogrammes  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

### - Compréhension

Phrases courtes :  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

Phrases longues :  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

Pictogramme :  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

A l'écrit :  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

## Toilette et hygiène personnelle

Se lave / se douche  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Se lave les cheveux  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Se coiffe  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Se rase  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Se brosse les dents  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

S'habille  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Change ses vêtements  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Va aux toilettes  seule  avec aide préciser : \_\_\_\_\_

Utilise ses protections périodiques  seule  avec aide

Préciser : \_\_\_\_\_

Est énurétique  la nuit  le jour  sans objet

Préciser : \_\_\_\_\_

Est encopétrique  la nuit  le jour  sans objet

Préciser : \_\_\_\_\_

Met des protections  la nuit  le jour  sans objet

Préciser : \_\_\_\_\_

Faut-il surveiller le transit ?  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Faut-il prévoir des vêtements de rechange lors des sorties ?  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Range et reconnaît ses vêtements  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Choisir les vêtements en fonction de temps et de l'activité  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Trier le linge sale/propre  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

### **Nuit, sommeil, lever, coucher**

Se couche tôt  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Est autonome pour se coucher  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

A un « rituel » particulier avant de s'endormir  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

A un objet fétiche (doudou, poupée...)  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Capacité à sentir la fatigue  oui  non  vas se coucher seul

Préciser : \_\_\_\_\_

A peur de l'obscurité  oui  non  parfois

Préciser : \_\_\_\_\_

A des difficultés pour s'endormir  oui  non  parfois

Préciser : \_\_\_\_\_

Se réveille la nuit  oui  non  parfois

Préciser : \_\_\_\_\_

A des angoisses nocturnes  oui  non  parfois

Préciser : \_\_\_\_\_

Se lève la nuit  oui  non  parfois

Préciser : \_\_\_\_\_

Sait se repérer / retrouver son chemin jusqu'à sa chambre  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Se lève tôt  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Fait la sieste  oui  non  parfois

Préciser : \_\_\_\_\_

A besoins de se retrouver seul régulièrement  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

### Particularités sensorielles

Les 5 sens (hyperacousie, sensibilité tactile, photophobie, sélectivité alimentaire ; etc ... )

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Particularités comportementales

Troubles du comportement  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Éléments déclencheurs  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stratégie d'apaisement  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ce qu'il aime : \_\_\_\_\_

Ce qu'il n'aime pas : \_\_\_\_\_

**Vie sexuelle et affective :**

A-t-il des comportements masturbatoires  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

A-t-il tendance à se rapprocher des autres physiquement  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

**Déplacements :**

Autonome en transports en commun :  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Supporte des trajets > 2h :  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Peut marcher plus d'une heure :  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Peut marcher en terrain accidenté  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

**Activités/Loisirs**

Fait du vélo :  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Sait nager  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_

Aime les animaux  oui  non

Préciser : \_\_\_\_\_





## 5. SANTÉ

### Déficiences / Handicap

moteur     sensoriel     mental     cognitif     psychique     polyhandicap

Préciser : \_\_\_\_\_

Pathologies associées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Précautions particulières à prendre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Appareillage

Porte un appareil dentaire

Porte des semelles orthopédiques

Porte des bas de contention

A des troubles de la vue :     porte des lunettes (joindre copie de l'ordonnance des verres)

A des troubles de l'audition :  porte un appareil auditif / précautions pour son fonctionnement :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Souffre d'allergies, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est asthmatique                      Date de la dernière crise : \_\_\_\_\_

Est épileptique                        Date de la dernière crise : \_\_\_\_\_

### Groupe sanguin :

A+             A-             B+             B-             AB+             AB-             O+             O-

### Vaccinations à jour :

Hépatite A     oui                       non

Hépatite B     oui                       non

Tétanos         oui                       non

Grippe          oui                       non

Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Traitements médicaux

*Pour des raisons réglementaires, de sécurité et d'organisation, les traitements médicaux seront administrés par un(e) assistant(e) sanitaire durant le séjour. Merci de remplir lisiblement le paragraphe ci-dessous, avec précision, et de nous signaler tout changements d'ici le séjour.*

*Au moment du départ, remettre au responsable du transport*

*- les traitements médicaux : les comprimés seront rangés dans des piluliers pour l'ensemble du séjour. Les piluliers comporteront, de manière visible, le nom, le prénom et une photographie de la participante.*

*- une copie des ordonnances*

*- la carte vitale*

Médicament 1 : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Moment de la prise :       matin                       midi                       soir                       coucher

Médicament 2 : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Moment de la prise :       matin                       midi                       soir                       coucher

Médicament 3 : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Moment de la prise :       matin                       midi                       soir                       coucher

Médicament 4 : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Moment de la prise :       matin                       midi                       soir                       coucher

Médicament 5 : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Moment de la prise :       matin                       midi                       soir                       coucher

Autres soins prescrits : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Autres recommandations médicales ou sanitaires (effets secondaire possibles,...)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### 6. AUTORISATION DE PARTICIPATION

À remplir par le représentant légal

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Autorise : \_\_\_\_\_

À participer au camp « Vent du large » organisé

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° d'allocations familiales : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la mutuelle : \_\_\_\_\_

Carte d'invalidité  oui  non

Mention besoin d'accompagnement  oui  non

Sachant que toutes les précautions seront prises, je lui permets de prendre part à toutes les activités du camp, compte tenu de l'avis médical, y compris les activités nautiques.

J'autorise les transports nécessaires en voitures particulières.

J'autorise la direction du camp à faire pratiquer en urgence toute hospitalisation ou toute opération chirurgicale nécessaire et administrer tout médicament sur décision du médecin, sachant que je serai prévenu(e) concomitamment.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
*Signature*