



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR ADULTES

Cette fiche vise à percevoir le participant dans sa globalité afin de répondre au mieux à ses attentes et ses besoins. Dans chaque rubrique, vous retrouverez un espace libre pour préciser tout détail important afin d'assurer le meilleur accueil du participant. Les renseignements fournis sont à usage interne uniquement.

I. INFORMATIONS GENERALES

Nom: Sexe(M/F) : Nationalité : Adresse : Code Postal : Téléphone fixe : E-mail : N° de sécurité sociale :	Prénom: Date de naissance : Ville : Portable:	Joindre 1 Photo d'identité récente
Établissement fréquenté Le participant est en établissement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, type (IMPRO, foyer, ESAT, ATO...): Nom: Adresse: CP: Ville: Téléphone: Fax: E-mail: Personne référente: Fonction: Association gestionnaire:	Régime de protection juridique Le bénéficiaire est-il sous un régime de protection juridique ? non <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> Nom de la personne responsable: Fonction : Organisme éventuel : Adresse : Code Postal : Ville: Téléphone: Fax: E-mail:	

II. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'objectif de cette partie est d'avoir une idée précise de l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne du participant afin d'adapter la prise en charge à ses besoins et à ses aptitudes.

Hygiène	
Sait aller aux toilettes : oui <input type="checkbox"/> assisté <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Enurétique: diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Sait se laver : oui <input type="checkbox"/> assisté <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Encoprétique: diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Sait se raser : oui <input type="checkbox"/> assisté <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Porte des protections: diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Sait s'habiller : oui <input type="checkbox"/> assisté <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Précisions (besoin d'assistance, gestion des règles pour les femmes etc...) :	
Sommeil	
Fait la sieste : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Heure habituelle de coucher du participant :
Se lève la nuit : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Peut-il se coucher plus tard (soirée...) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Peut avoir des angoisses/insomnies : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Heure habituelle de réveil du participant:
Précisions (rituel spécifique à respecter etc...) :	

Repas

A besoin d'aide pour les repas : oui non
Sait couper ses aliments : oui non
Mange mixé ou pré-haché : oui non
Café autorisé : oui non

Si la personne suit un régime alimentaire, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale. Veuillez-nous adresser un certificat médical ainsi qu'un protocole personnalisé.

Précisions (habitudes pendant les repas etc...):

Alcool et tabac

Il ne s'agit en aucun cas d'une incitation à la consommation : pour ceux dont l'autonomie et l'âge le permet, ceci constitue un supplément de renseignements concernant les habitudes du participant.

Alcool autorisé : oui non
- Bière, vin, cidre : oui non
- Alcool fort (apéritifs et digestifs) : oui non
Consignes éventuelles :

Fume : oui non
- Le fait gérer par un animateur ? : oui non
- Consignes éventuelles :

Déplacements

Lors des **déplacements à pieds**, le participant est conscient du danger lié à la circulation: oui non
Consignes éventuelles :

Supporte les longues distances : oui non
A le mal des transports : oui non
Symptômes :

Le bénéficiaire a-t-il **des contre-indications** en ce qui concerne les moyens de transports suivants ?

- Voiture, minibus : oui non
- Transport en commun (bus, tram) : oui non
- Train : oui non
- Bateau : oui non
- Avion : oui non

Attitudes préconisées (monter à l'avant etc...):

Pour tout traitement "si besoin" lié au transport, merci de nous transmettre l'ordonnance ainsi que le pilulier correspondant (cf : fiche médicale).

Aptitudes

Capacités physiques :

Monte et descend les escaliers
oui accompagné non

Peut marcher : + d'1h 1h - d'1h

Rythme : dynamique modéré lent

Béquilles ou cannes : oui non

Fauteuil roulant : oui non

Si oui, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.

Sait gérer ses affaires personnelles :

oui assisté non

Le participant fait-il gérer son **argent personnel** par un animateur ? oui non

Habitudes d'achat :

Téléphone :

Le participant sait téléphoner : oui non

Si oui, possède-t-il un portable ? : oui non

III. VIE EN COLLECTIVITE

Les renseignements que vous fournirez permettront à l'équipe d'encadrement de connaître les capacités d'expression et de compréhension du participant ainsi que son comportement au sein d'un collectif.

Communication

Communique par le langage : oui non

Communique par les gestes: oui non

Utilise des pictogrammes: oui non

Si non, sait se faire comprendre : oui non

Comprend facilement ce qu'on lui dit : oui non

Sait écrire : oui assisté non

Sait lire: oui non

Consignes éventuelles pour faciliter la communication :

Le bénéficiaire est-il pertinent dans ses propos ou dans ses gestes ?

toujours souvent parfois jamais

Comportement au sein d'un groupe

Connaissance de la vie en collectivité:

Le bénéficiaire a-t-il l'habitude d'évoluer au sein d'un collectif ? oui non

- si oui : au quotidien occasionnellement

Participation dans les actes collectifs:

Participe aux actes de la vie quotidienne:

oui non

A besoin d'être sollicité : oui non

Tâches qu'il/elle fait habituellement (cuisine,ménage...):

Attitude au sein d'un collectif:

A l'habitude de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas ? oui non

Est déjà parti en séjour adapté ou en transfert avec son établissement ? oui non

- si oui, retour d'expérience :

Précisions (qualité de la relation avec les autres, place dans le groupe...):

IV. CAPACITES D'ADAPTATION

Cette partie consiste à cerner au mieux les capacités d'adaptation du participant (capacité à se repérer dans l'espace, réaction face aux imprévus...) afin d'adapter au mieux son environnement et son accompagnement.

Orientation spatiale

Sait s'orienter rapidement dans un lieu qu'il/elle ne connaît pas : oui non

Peut demander son chemin : oui non

A l'habitude de sortir seul : oui non

A l'habitude de rester seul : oui non

Troubles du comportement

Dépression : oui non

- Symptômes:

- Fréquence :

- Causes :

Angoisse : oui non

- dans un environnement bruyant : oui non

- dans un environnement calme : oui non

Symptômes:

Causes :

Quelles sont les attitudes préconisées ?

Manifestations agressives: oui non

envers soi envers les autres envers les objets

- Symptômes:

- Fréquence :

- Causes :

Autres troubles du comportement: oui non

- Précisez :

- Symptômes:

- Fréquence :

- Causes :

V. ACTIVITES ET GESTION DES TEMPS LIBRES

Cette partie vise à renseigner l'équipe d'encadrement sur les activités à mettre en place lors des loisirs ainsi que sur les précautions à prendre (stimulation, préparation à l'activité etc...).

Activités pratiquées					
Sait nager :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Sait faire du vélo :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- met la tête sous l'eau :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	- sur la voie publique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- sait nager là où il n'a pas pied :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Sait monter à cheval :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorisé à la baignade :			A le vertige :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- sous surveillance:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
- en mer :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
- en piscine :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
Quelles sont les activités de loisirs favorites (sportives, artistiques...) du participant ?					
Quelles sont les attentes en terme d'activités proposées ?					

Investissement durant les temps d'attente	
Comment la personne investit les temps libres (télévision, lit, écoute de la musique, dessine...) ?	Comment la personne vit-elle les moments d'attente ?
	S'isole : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Recherche la présence:
	- du groupe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- de l'équipe d'animation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	La personne possède-t-elle un objet fétiche ou transitionnel ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- si oui, lequel:

Si vous souhaitez approfondir certains aspects ou apporter des précisions que vous jugez utiles pour favoriser l'accueil du participant (troubles du comportement, habitudes,...) , n'hésitez pas à nous adresser un rapport écrit :

Droit à l'image	
Si <u>vous ne souhaitez pas</u> que l'association « ALTER ET GO! » utilise l'image du participant dans ses publications ou catalogues à venir, merci de cocher cette case : <input type="checkbox"/>	
Je soussigné Mme, Mlle, Mr : _____ agissant en qualité de _____ certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières d'inscription de l'association ALTER ET GO !, les accepte et autorise la présente personne à adhérer à l'association. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets. ALTER ET GO ! décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû a un fait non communiqué ou falsifié.	
D'autre part, en accord avec un médecin, j'autorise l'association ALTER ET GO ! à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du participant y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgentes.	
Fait à _____	le _____ Signature : _____