

Veuillez agraffer une photo récente et prise en entier
Cette photo sera conservée par le service APF Evasion.

- L'enfant (ou l'adolescent) vit :
 - en famille toute l'année
 - en famille d'accueil vacances scolaires
 - week-end
 - en établissement toute l'année
 - internat vacances scolaires
 - externat week-end

- L'enfant (ou l'adolescent) est suivi par un établissement ou un service spécialisé : oui non
Si oui, inscrire les coordonnées de l'établissement ou du service :

.....
.....

Tél. : Fax :

Nom et fonction de la **personne référente** au sein de l'établissement ou du service (obligatoire) :

Cachet :

Merci de cocher les cases des situations correspondant le mieux. Plusieurs réponses sont possibles. N'hésitez pas à rajouter des détails dans la partie "informations que vous souhaitez..." en fin de dossier.

GOÛTS ET TALENTS

- Indiquer les passe-temps et loisirs favoris du jeune (ex : dessins, peintures, lecture, modelage, travaux manuels, expression corporel, informatique, balade...) :
- Pratique d'activités sportives (même occasionnelles) :
- Joue-t-il d'un instrument de musique :
- Peut-il nager? seul(e) avec une aide avec une bouée
- Peut-il : lire écrire (même avec difficultés) compter (même avec difficultés)
- En quelle classe est-il ? Si classe adaptée, mettre l'équivalence Éducation Nationale
- Quels sont ses souhaits particuliers pour ses vacances ?
 - ➡ En terme de loisirs :
 -
 -
 - ➡ En terme de destination (mer, campagne, montagne, ville) :
 -

LA VIE EN GROUPE

- L'enfant ou l'adolescent participe-t-il facilement à la vie de groupe? oui non
- Quelles sont ses relations aux autres ?(isolé, possessif, observateur...)
-
-
- Doit-on l'inciter à faire des efforts particuliers? oui non
 - ➡ Si oui dans quels domaines doit-il être stimulé?
 - ➡ Quel conseils donneriez-vous pour qu'il trouve sa place dans le groupe?
 -
 -

ATTITUDES ET COMPORTEMENT

- Le jeune est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur...? oui non

Si oui merci de nous préciser :

➡ Ce qui caractérise le trouble ou "la crise" (automutilation, cris, isolement, mise en danger, agressivité...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➡ Ce qui déclenche ou peut déclencher "la crise" :

.....

.....

.....

.....

.....

➡ Ce qui peut calmer, arrêter "la crise" :

.....

.....

.....

.....

- Quels sont les signes extérieurs qui peuvent aider à déceler une douleur ou un malaise?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RYTHME DE VIE

- L'enfant est-il facilement fatigable? oui non

LE JOUR

• Vers quelle heure a-t-il l'habitude de se réveiller? h

- Le temps de repos allongé quotidien (sieste) est-il indispensable? oui non

- En dehors de la sieste doit-il rester allongé? oui non

➡ Si oui combien de temps : et à quel moment de la journée :

LA NUIT

• De combien d'heures de sommeil a-t-il besoin en moyenne? h

- Doit-on avoir une attention particulière au temps de sommeil? oui non

- A-t-il besoin d'une surveillance particulière? oui non

➡ Si oui laquelle :

- Comment doit-il être allongé? sur le dos sur le ventre peu importe

sur le côté droit gauche

- Doit-il changer de position durant son sommeil? oui non

➡ Si oui indiquer la fréquence des retournements?

- Est-il souhaitable que le lit ait des "bas-flancs"? oui non

COMMUNICATION

- a l'usage de la parole (préciser) ordinaire difficile très difficile

n'a pas l'usage de la parole

➡ Utilise des accessoires de communication : oui non

Si oui lesquels* : pictogrammes alphabet syntaxe vocale

➡ Possède son propre langage (code), par signes ou onomatopées : oui non

(Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative* et de l'emporter sur le lieu de séjour).

A-t-il un déficit de communication? oui non

➡ Si oui de quel ordre?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT

➔ L'enfant ou l'adolescent peut marcher :

- seul(e) pendant h mn
- allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
- monter et descendre seul(e) les escaliers
- utilise des cannes ou des béquilles
- utilise parfois un fauteuil (préciser les conditions d'utilisation du fauteuil dans le paragraphe ci-dessous).
- avec l'aide de quelqu'un
- lentement
- monter et descendre seul(e) quelques marches
- utilise un déambulateur

➔ L'enfant ou l'adolescent utilise un fauteuil :

- en permanence (à préciser)
 - ne peut pas se tenir debout
 - a un appui plantaire (transfert ...)
- occasionnellement pour les sorties et il emportera son fauteuil sur le lieu du séjour
- manœuvre seul(e) son fauteuil manuel
 - ➔ à l'intérieur : oui non
 - ➔ à l'extérieur : oui non
- manœuvre seul(e) son fauteuil électrique
 - ➔ à l'intérieur : oui non
 - ➔ à l'extérieur : oui non

➔ L'enfant ou l'adolescent viendra avec : Rayer la mention inutile*

- son fauteuil roulant manuel pliant / non pliant*
- son fauteuil roulant électrique pliant / non pliant*

Dimensions du fauteuil non pliant Hauteur : cm Largeur : cm
ou du manuel s'il n'est pas pliant Profondeur : cm Poids : kg

Coordonnées du réparateur Tél. :

GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

➔ L'enfant ou l'adolescent utilise ses membres supérieurs :

- Motricité des bras : ordinaire
- mouvements athétosiques (incontrôlés)
- peu de force (ne peut pas soulever d'objets lourds)
- Motricité des mains : ordinaire
- peu de motricité fine (difficulté dans les gestes demandant de la précision)
- peu de force

Préciser ce que l'enfant ou l'adolescent peut faire à son rythme :

- Se lève et se couche seul(e) aide partielle aide totale
- Fait sa toilette (lavabo) seul(e) aide partielle aide totale
- Se douche ou se baigne seul(e) aide partielle aide totale
- Se rase (si nécessaire) seul(e) aide partielle aide totale
- S'habille seul(e) aide partielle aide totale
- Mange seul(e) aide partielle aide totale
- avec des couverts ordinaires uniquement à la cuillère avec ses propres couverts*
- Boit seul(e) aide partielle aide totale *(à emporter sur le lieu du séjour)
- au verre avec une pipette ou une paille avec son propre gobelet*

- Y a-t-il des précautions à prendre pour porter et installer l'enfant ? oui non

➔ Si oui, préciser :

.....

.....

.....

MATÉRIEL

- A-t-il besoin d'appareils particuliers ou de prothèses le jour ? oui non
 - ➔ Si oui de quel type :
 - ➔ Quelle est la fréquence du port :
 - A-t-il besoin d'appareils particuliers ou de prothèses la nuit ? oui non
 - ➔ Si oui de quel type :
 - ➔ Quelle est la fréquence du port :
- Merci de joindre le mode d'emploi de la pose si nécessaire.
- A-t-il besoin d'une verticalisation journalière ? oui non
 - ➔ Si oui préciser : la fréquence : fois par semaine
et le temps d'utilisation : h a chaque fois
 - Quelle est la quantité de matériel nécessaire (non fourni par le séjour) :
 - protections menstruelle
 - protections urinaire par jour
 - sondes urinaire par jour
 - étuis pénien par jour
 - Quel autre matériel apportera t-il sur le lieu du séjour ?
 - A-t-il besoin de matériel de location sur place ? oui non
 - ➔ Si oui lequel ? (merci de fournir la prescription) :

CONFORT PERSONNEL

- n'a aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle
- a des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle

S'il y a des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous

• Mode de miction :

- normal (sur wc) bassin ou "pistolet" étui pénien (ou vulvaire) + poche d'urine
- sondage, fois par jour (effectué par un tiers)
- auto-sondage, fois par jour (assuré seul(e))
- sonde à demeure : fréquence du remplacement :
- stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement :
- protection (couches, alèses...) autres, préciser :

• Quelque soit le mode de miction :

- assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)
- aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)
- aide importante ou totale (assuré par un tiers)

• Cependant des "fuites" peuvent survenir :

- jamais ou exceptionnellement
- assez fréquemment la nuit
- tous les jours ou presque le jour

L'enfant ou adolescent suit-il un programme de rééducation urinaire ? oui non

• Mode de défécation :

- normal (sur wc) sur bassin
- utilise des produits locaux (type microlax®) Si oui, à quelle fréquence :
- exonération digito-rectal (doigtier), fois par jour ou fois par semaine
 - par l'enfant ou l'adolescent par un tiers
- stomie digestive : fréquence du remplacement :
- protection car incontinence

• Quelque soit le mode de défécation :

- assure seul(e) aide partielle ou dans certains cas aide importante ou totale

• Cependant des "fuites" peuvent survenir :

- jamais ou exceptionnellement assez fréquemment quotidiennement ou presque
- le jour la nuit

ALIMENTATION

- **Mode d'alimentation** ordinaire mixée hachée menue entérale
- Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ? oui non
- ➔ Si oui, lesquels :
- ➔ Et pourquoi ? :
- L'enfant ou l'adolescent est-il sujet aux fausses routes ? oui non
- ➔ Si oui, il y a-t-il des "trucs" pour les éviter ? :
- Suit-il un régime alimentaire ? oui non
- ➔ Si oui : rigoureux souple
- ➔ Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel, ...) :
- En cas d'alimentation entérale, merci de préciser :
- ➔ La fréquence le jour uniquement
- la nuit uniquement
- le jour et la nuit
- ➔ Le jeune s'alimente-t-il aussi par voie orale ? oui non
- ➔ Le jeune viendra-t-il avec son matériel et son alimentation ? oui non
- Si non, merci de nous préciser qui contacter à ce sujet ?
-
-

ÉPILEPSIE ÉVENTUELLE

- n'est pas sujet aux crises d'épilepsies
- est sujet aux crises d'épilepsies
- ➔ Merci d'en préciser la fréquence (joindre copie de l'ordonnance ou du protocole le cas échéant) :
- Conseils en cas de crise :**
-
-

AUTONOMIE RESPIRATOIRE

- n'a aucun problème respiratoire
- doit faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort - Kiné)
- Préciser :
- est trachéotomisé(e) (actuellement)
- a de l'oxygène de façon intermittente ou permanente
- Préciser :
- a une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne/permanente
- Préciser :
- Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre au dossier d'inscription, une note explicative.

MÉDICAL ET PARAMÉDICAL

- Kinésithérapie
- Nature des séances : fréquence : fois par semaine
- Peuvent-elles être interrompus pendant le séjour ? oui non
- Soins infirmiers
- Nature des soins : fréquence : fois par semaine
- Peuvent-ils être interrompus pendant le séjour ? oui non
- Médicaments prescrits par le médecin :
- au lever au petit déjeuner au déjeuner
- au goûter au dîner au coucher
- Le jeune gère-t-il la prise de son traitement seul ? oui non

Merci de joindre à ce dossier une copie de la (des) prescription(s) et de mettre l'original ainsi que la quantité nécessaire de médicaments dans la valise du jeune. Merci de préparer un pilulier pour les premiers jours du séjour.

TROUBLES ASSOCIÉS ET AUTRES DÉFICIENCES

DÉFICIENCE MENTALE

- Le jeune comprend t-il une consigne simple ? (règle d'un jeu, consignes de sécurité) oui non
- A-t-il la notion du danger ? oui non

Si non, quelles précautions particulières pouvez-vous conseiller à l'équipe encadrement ? :

- A-t-il la notion du temps ? oui non
- A-t-il la notion de l'espace ? Sait-il se repérer dans un lieu ? Dans un groupe ? oui non
- Sur combien de temps peut-on mobiliser sa concentration : aucune concentration possible
 quelques minutes
 1 heure
 plus d'1 heure
- Si le jeune a un retard de développement ou d'acquisition, à quelle tranche d'âge diriez-vous qu'il se rapproche le plus :
 - Physiquement (taille, puberté...) : ans
 - Intellectuellement : (lecture, écriture, logique...) : ans
 - Dans ses centres d'intérêts : (jeux, habitudes...) : ans

DÉFICIENCE VISUELLE

- Quel est le degré de déficience visuelle du jeune : non-voyant gauche droit
 malvoyant gauche droit
 ne voit pas de près ne voit pas de loin
 ne voit pas les reliefs ne voit pas les couleurs
Autre :
- Le jeune porte t-il des lentilles de contact ? oui non
- Si oui, gère-t-il la pose et l'entretien seul ? oui non
- Le jeune porte t-il des lunettes ? oui non
- Le jeune viendra t-il avec une paire de lunettes de "secours" ? oui non
- A quels moments de la journée ou pour quelles activités l'enfant doit-il porter lunettes ou lentilles ? :

- Comment se déplace t-il ? seul à l'aide d'une canne blanche
 au bras de quelqu'un
 seul quand il connaît les lieux
 toujours accompagné

DÉFICIENCE AUDITIVE

- Quel est le degré de déficience auditive du jeune ? non-entendant gauche droit
 malentendant gauche droit
- Le jeune porte-il une prothèse auditive : oui non gauche droit
- Le jeune porte-il des implants Cochléaires : oui non gauche droit
- Quel entretien doit-on mettre en place (nettoyage, changement pile...) ? A quelle fréquence) ?

- Dans sa communication avec les autres, le jeune : lit sur les lèvres
 utilise le langage des signes
 utilise une gestuelle propre et simple
 parle
 n'a aucun moyens de communication

INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER AUX PERSONNES QUI ACCUEILLERONT LE JEUNE PENDANT SES VACANCES

EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SÉJOUR, NOUS POURRONS JOINDRE

Attention, il est nécessaire de nous communiquer les coordonnées de personnes joignables pendant le séjour

➔ Nom - Prénom : Si lien de parenté : quel est ce lien

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

➔ Médecin traitant

Nom - Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

➔ Médecin et/ou service spécialisé

Nom - Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER OBLIGATOIREMENT

- Photocopie de la carte d'invalidité.
- Photocopie de la carte d'assuré(e) social(e) et de l'attestation.
- Le dossier médical (feuillet joint).
- Copie des prescriptions médicales (médicaments, soins kiné ou IDE, location de matériel...).
- Si l'enfant se rend sur le séjour avec son fauteuil roulant électrique, la photocopie de l'assurance du fauteuil.
- Le dossier de demande d'aide aux projets vacances ANCV si vous souhaitez obtenir cette aide financière.
- Le chèque des frais d'inscription (cf. pages générales du catalogue).
- Une copie de votre carte d'adhérent à l'APF.

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Domicilié(e) (adresse et tél.) :

agissant en qualité de représentant légal* de l'enfant (ou de l'adolescent) déclare avoir rempli avec objectivité ce dossier. Je m'engage à lire et respecter les conditions générales et particulières de l'organisme de vacances qui accueillera le jeune. Je m'engage à régler directement l'organisme de vacances ou à lui fournir les originaux de prises en charge (Bons CAF, bons vacances...).

Autorise les responsables du séjour de vacances, après consultation d'un médecin en cas d'urgence, à faire tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé de l'enfant (ou de l'adolescent), **à le faire hospitaliser et opérer en cas d'absolue nécessité**. Déclare qu'il n'y a pas d'interdiction à suivre les activités du séjour (à l'exception des réserves émises sur le certificat médical). et autorise l'enfant ou adolescent à participer à des minis camps de 2 à 3 jours maximum en camping aménagé (si cette activité est possible lors du séjour).

Si mon enfant vient au séjour avec un fauteuil roulant électrique, il apportera également et impérativement un fauteuil manuel.

* père mère tuteur autre, précisez :

Certifié exact, lu et approuvé, à le 20.....

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande de départ en vacances. Les destinataires des données sont : le correspondant de la structure APF qui vous accompagne dans la constitution de ce dossier, les membres d'APF Evasion au siège national de l'APF, ainsi que le personnel de l'organisme de vacances sollicité. Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à APF Evasion, Séjours Enfance - Jeunesse, 17, boulevard Auguste Blanqui, 75013 PARIS.

UTILISATION DE L'IMAGE

Il se peut que des photographies soient prises pendant ce séjour dans le but d'être utilisées pour certaines parutions internes à l'organisme de vacances ou comme illustrations de nos outils de communications extérieures. Si vous ne souhaitez pas que ces images soient utilisées, merci de bien vouloir le mentionner ci-après.

- j'accepte que ces images soient utilisées
- je n'accepte pas que ces images soient utilisées

Signature :