

Fiche d'inscription JFJV

DESTINATION DU SEJOUR :				DATE DU SEJOUR	
NOM ET PRENOM DU VACANCIER				AGE	
ADRESSE HABITUELLE		EN APPARTEMENT		EN FOYER	
		EN FAMILLE		MAS	
NUMERO DE SECURITE SOCIALE :				NON CAISSE SS	
LE VACANCIER TRAVAILLE T IL ?		OUI	NON	EN MILIEU ORDINAIRE	
				EN MILIEU SPECIALISE	
LE VACANCIER A-T-IL DE LA FAMILLE OU AMIS A QUI ECRIRE ?		OUI	NON		
NOMS ET ADRESSES :					

OBJECTIF DU SEJOUR	Animaux	Nature	Sport
	Gastronomie	Culture	Tranquillité
NATURE DU HANDICAP :			
LE VACANCIER EST IL SUJET A DES CRISES D'EPILEPSIE ?	OUI	NON	
TROUBLE INTELLECTUEL OU PSYCHIQUE ASSOCIE A TROUBLE MOTEUR	OUI	NON	
AFFECTION DU LANGAGE ? SI OUI LAQUELLE ?			
AUTONOMIE PHYSIQUE :			
DUREE MAXIMUM POUR LES PROMENADES A PIED			
SORTIE DE PROXIMITE SEUL AUTORISEE ?			

AUTONOMIE INTELLECTUELLE ET DISCERNEMENT :			
SENS DE L'ORIENTATION :			

LE VACANCIER PEUT IL FUGUER ?			
AUTONOMIE ALIMENTAIRE ET SANITAIRE :			
LE VACANCIER A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE MEDICAL ?	OUI	Lequel ?	
MANGE T IL	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
BOIT T IL	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
RISQUE DE FAUSSE ROUTE	OUI	NON	
MIXAGE DES ALIMENTS OBLIGATOIRE	OUI	NON	
TROUBLE ALIMENTAIRE DIAGNOSTIQUE (BOULIMIE ANOREXIE) :			
DIABETE	OUI	NON	
Journée de Dialyse ? si oui, Lesquelles et où ?			
SOINS INFIRMIERS QUOTIDIENS NECESSAIRES ?	OUI	NON	
SI OUI ORDONNANCE OBLIGATOIRE ET ATTESTATION SS			
CONTRE INDICATIONS ALIMENTAIRES :	PLATS OU ALIMENTS DETESTE :		

ALCOOL :	Non	Oui	Quantité
TROUBLES DIGESTIFS	CONSTIPAION	DIARRHEE	ENCOPRESIE
	ENURESIE	VOMISSEMENT	
GERE-T-IL SON LINGE SEUL ?	Oui	Non	
Reconnait-il ses affaires personnelles de celles des autres ?	Oui	Non	
STIMULATION POUR LA TOILETTE ?	Oui	Non	Aide ponctuelle pour :
			Brossage des dents
Peur du bain ?	Oui	Non	Rasage
Peur de la douche ?	Oui	Non	Coiffure
			Habillement
			Chaussement
			Bas de contention
AIDE COMPLETE POUR LA TOILETTE ?	Oui	Non	Si oui : Prévoir une prescription
			médicale d'une Aide-Soignante
AISANCE RELATIONNELLE DANS UN PETIT GROUPE ?	Oui	Non	

--

AISANCE RELATIONNELLE AVEC LES ENCADRANTS	Oui	Non
--	-----	-----

--

COMPORTEMENT VIOLENT	OUI	LESQUELS ?
-----------------------------	-----	------------

--

RECOMMANDATIONS

--

INTIMITE AFFECTIVE

EN COUPLE DURANT LE SEJOUR	OUI	NON
----------------------------	-----	-----

NOM ET PRENOM DU CONJOINT

CONTRACEPTION GERE E PAR LE VACANCIER LUI-MÊME	OUI	NON
--	-----	-----

--

RECOMMANDATIONS POUR UNE VIE DE COUPLE EPANOUIE
--

--

CENTRE D INTERETS CONNUS

--

CAPACITE SPORTIVE, INDICATIONS RECOMMANDATIONS :

LE VACANCIER PORTE T IL DES LUNETTES ?	OUI	NON
--	-----	-----

APPAREIL DENTAIRE ?	OUI	NON
---------------------	-----	-----

APPAREIL AUDITIF ?	OUI	NON
--------------------	-----	-----

AUTORISATION DE BAINNADE	OUI	NON
LE VACANCIER SAIT NAGER	OUI	NON
SOMMEIL :		
Peur de l'obscurité ?	Oui	Non
Besoin d'une veilleuse		
Besoin de laisser une fenêtre ouverte		
Besoin de dormir avec un camarade particulier :		
Besoin d'un objet transitionnel (peluche, poupée...)	Oui, lequel :	
Fait la sieste après déjeuner	Oui	Non
Si réveil nocturne régulier ou fréquent, prévoir la prescription médicale d'une auxiliaire de vie de nuit	Oui	Non
Horaires habituels du lever et coucher :		
RECOMMANDATIONS DIVERSES		
NOM DE LA PERSONNE CHARGÉE DE L'INSCRIPTION	TELEPHONE :	
	ADRESSE MAIL :	

ADRESSE DE FACTURATION	TELEPHONE :
ADRESSE MAIL :	
NOM ET PRENOM DU TUTEUR	TELEPHONE :

ADRESSE POSTALE	ADRESSE MAIL :
NOM DU MEDECIN TRAITANT	TELEPHONE :
ADRESSE POSTALE	ADRESSE MAIL :
NOM DU PSYCHIATRE	TELEPHONE
ADRESSE POSTALE	ADRESSE MAIL
NOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D URGENCE	TELEPHONE
ADRESSE POSTALE	ADRESSE MAIL
TRANSPORT :	

STATION DEBOUT PENIBLE	SI OUI, DUREE MAXIMUM DEBOUT :
STATION ASSISE LONGUE PENIBLE	S OUI, DUREE MAXIMUM D UN TRAJET :
Le vacancier porte il des lunettes ?	oui non
Le vacancier porte il des prothèses orthopédiques ?	oui non
Le vacancier a-t-il son propre fauteuil roulant ?	oui non Souhaitez vous qu'on loue un fauteuil roulant manuel sur place ? Oui Non
Le vacancier a-t-il un déambulateur ou une canne de marche ?	oui non
Le vacancier se déplace t il avec une canne blanche ?	oui non
Le vacancier peut il monter deux marches d'escalier ?	oui non Avec aide d'un accompagnant
Peut il monter une dizaine de marches d'escalier ?	oui non Avec aide d'un accompagnant
VACANCIER FUMEUR	SI OUI, FREQUENCE ET NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR :
POURCENTAGE DU HANDICAP %:	
TRANSPORT ALLER ET RETOUR ORGANISE PAR L ASSOCIATION JFJV DU DOMICILE AU DOMICILE	OUI NON
TRANSPORT ALLER ET RETOUR ORGANISE PAR LA FAMILLE OU UN EDUCATEUR	OUI NON
TRANSPORT ORGANISE A PARTIR D UN POINT DE RENDEZ VOUS :	
ADRESSE DU RENDEZ VOUS :	
TELEPHONE DE L ACCOMPAGNATEUR (IMPORTANT):	
AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES DE SON SEJOUR PAR JFJV	OUI NON
AUTORISATION D'UTILISATION DE VIDEOS SEJOUR PAR JFJV	OUI NON
J ATTESTE AVOIR LU ET ACCEPTE LA CHARTE DE FONCTIONNEMENT JFJV	OUI SIGNATURE :

PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION :

Photocopie de la carte d'identité recto verso
Photocopie carte mutuelle photocopie de l'attestation de sécurité sociale
(et non pas de la carte vitale) photocopie de la carte d'invalidité **couleur**
recto verso

PIECE A FOURNIR 1 SEMAINE AVANT LE DEPART :

ordonnance médicale de moins de 3 mois, à jour.

SI SEJOUR A L'ETRANGER : passeport avec visa à jour ou carte identité à jour si Europe, attestation de sécurité sociale européenne