

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### DÉFICIENCE MOTRICE

#### INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Adresse :

Téléphone :

**Nature du handicap** .....

Origine du handicap (diagnostic médical, circonstances): .....

La personne vit

A domicile

En établissement spécialisé

Pour les adultes, la personne travaille

Oui

Non

Étudie

Précisez

Entreprise ordinaire

Entreprise adaptée

Fonction/Domaine

Pour les mineurs, la personne est scolarisée  En milieu ordinaire

En institution spécialisée

Avec un.e. Assistant.e de Vie Scolaire (AVS), précisez:

Déficience intellectuelle associée

Oui

Non

#### AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT

##### La personne marche :

Seule

pendant .....h ou .....min

toute la journée

Avec aide

Cannes ou Béquilles

Déambulateur

Autre :

À allure ordinaire

Lentement

Monte et descend seule les escaliers

##### La personne utilise un fauteuil :

Occasionnellement, précisez les conditions d'utilisation .....

En permanence et :

Ne peut pas se tenir debout

A un appui plantaire

Manœuvre seule son fauteuil manuel, à l'intérieur :  Oui  Non, à l'extérieur :  Oui  Non

Manœuvre seule son fauteuil électrique, à l'intérieur :  Oui  Non, à l'extérieur :  Oui  Non

## La personne utilise ses membres supérieurs :

- Motricité des bras :  Ordinaire  
 Mouvements incontrôlés  
 Peu de force

- Motricité des mains :  Ordinaire  
 Pas de motricité fine (difficulté dans les gestes demandant de la précision)  
 Peu de force

## Matériel de confort :

A-t-elle besoin d'appareils particuliers ou de prothèses ?

- Prothèse  Orthèse  Corset

Précisez.....  
.....

A-t-elle besoin d'une verticalisation journalière :  Oui  Non

## INFORMATIONS MÉDICALES

Suit un traitement médical :  Oui  Non

Si oui, le prend :  seul  avec aide (dans ce cas, la personne veillera à emporter une copie de la prescription lors du séjour)

Problèmes ou antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatismes sportifs nécessitant une vigilance :

.....  
.....  
.....  
.....

Allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres connues, régime particulier.

Précisez si la personne est autonome sur la gestion de son allergie ou de son régime et si éventuel protocole.

.....  
.....  
.....  
.....

## VIE QUOTIDIENNE

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale	Précisez
Se lève et se couche				
Fait sa toilette (lavabos)				
Se douche				
S'habille				
Va aux toilettes				
Mange <input type="checkbox"/> Avec des couverts ordinaires <input type="checkbox"/> Uniquement à la cuillère <input type="checkbox"/> Avec ses propres couverts				<input type="checkbox"/> Alimentation ordinaire <input type="checkbox"/> Hachée menu <input type="checkbox"/> Mixée
Boit <input type="checkbox"/> Au verre <input type="checkbox"/> Avec une paille				

Est énurétique / encoprétique :  oui  non

Précisez dans quelles circonstances:

.....

.....

## COMMUNICATION

A l'usage de la parole :  Ordinaire  Difficile  Très difficile  
 Lit :  Seul  Avec aide  Braille uniquement  Non

## ACTIVITÉS, LOISIRS

Est déjà parti en séjour collectif :  Oui  Non à l'UCPA   
 Adapté (avec d'autres personnes en situation de handicap)  
 En inclusion (avec des valides)

Avec un accompagnateur :  Toujours  Jamais  Parfois

Précisez son rôle : .....

.....

.....

Pratique un ou plusieurs sport(s) :  Régulièrement  Occasionnellement  Rarement

Si oui, le(s)quel(s) :

.....  
.....  
.....  
.....

Peut pratiquer du sport pendant .....h/jour.

Précisez:

.....  
.....

Décrivez l'expérience de la personne dans l'(les) activité(s) sportive(s) choisie(s):

.....  
.....  
.....  
.....

Est à l'aise dans l'eau :  Oui  Avec aide (bouée ou assistance humaine)  Non / A peur de l'eau

## DÉCRIVEZ LE PROFIL SOCIAL DE LA PERSONNE (RELATIONS AUX AUTRES, CENTRES D'INTÉRÊT, ...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## INDIQUEZ CI-DESSOUS TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT QUE VOUS JUGEZ UTILE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## QUALITÉ ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE AYANT REMPLI CETTE FICHE

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté/type de relation (éducateur, médecin, assistant social...): .....

Téléphone .....

## EN CAS D'URGENCE

La personne à contacter est (si différente de celle citée ci-dessus):

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté/type de relation (éducateur, médecin, assistant social...): .....

Téléphone .....