

## Fiche de renseignements Déficiência visuelle

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Téléphone :

### INFORMATIONS MÉDICALES

- Non-voyant :                     Œil gauche     Œil droit  
 Malvoyant :                     Œil gauche     Œil droit  
 Ne voit pas de près     Ne voit pas de loin (.....m)     Ne voit pas les reliefs     Ne voit pas les couleurs  
 A un champ visuel altéré

Précisez.....

La personne porte-t-elle des lentilles de contact ?                     Oui     Non

Si oui, gère-t-elle la pose et l'entretien seule ?                     Oui     Non

La personne porte-t-elle des lunettes ?                     Oui     Non

A quels moments de la journée ou pour quelles activités la personne doit-elle porter lunettes ou lentilles ?

.....  
.....

Déficiência intellectuelle associée                     Oui                     Non

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.

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

## INFORMATIONS SOCIALES

Pour les adultes, la personne travaille  Oui  Non  Étudie  
Précisez  Entreprise ordinaire  Entreprise adaptée  ESAT  
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:

.....  
.....

## MOBILITÉ

La personne se déplace  Seule  Seule avec l'aide d'une canne  
 Seule quand elle connaît les lieux  Seule avec son chien guide d'aveugle  
 Au bras de quelqu'un  Toujours accompagnée

Remarques :

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

La personne utilise-t-elle des aides techniques au quotidien?  Oui  Non  
Si oui, lesquelles?

.....

## AUTONOMIE

La personne est-elle autonome dans sa vie quotidienne (s'habiller, se laver, manger...)?  Oui  Non  
Si non, sur quels gestes a-t-elle besoin d'être accompagnée?

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

Lit :  Seul  Avec aide  Braille uniquement  Non

## ACTIVITÉS, LOISIRS

Est déjà parti en séjour collectif :  Oui  Non  à l'UCPA  
 Adapté (avec d'autres déficients auditifs)  
 En inclusion (avec des entendants)

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):

.....  
.....

Existe-t-il des contre-indications pour la pratique de certaines activités (aquatiques, de montagne, etc.) ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles :

.....  
.....

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 .....