

Fiche de renseignements

Handicap mental ou maladie psychique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Adresse :

Téléphone :

Type de handicap ou maladie psychique (Déficience intellectuelle, troubles autistiques, schizophrénie, psychose, bipolarité, TED, TDA, trouble du comportement alimentaire...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La personne vit

☐ A domicile

☐ En établissement spécialisé

Précisez (FH, FDV, FAM, MAS, ...) :

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:

.....

MESURE DE PROTECTION

Oui ☐ Non ☐

Tutelle gérée par:

famille ☐

organisme ☐

Curatelle gérée par:

famille ☐

organisme ☐

Coordonnées de la tutelle ou curatelle :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :

INFORMATIONS MÉDICALES

A également une déficience motrice ou sensorielle ☐ Oui ☐ Non

Précisez:

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.

.....

.....

.....

HYGIÈNE DE VIE Pour les personnes majeures uniquement)

☐ Fume, quantité quotidienne :

A l'habitude de consommer des boissons alcoolisées :

☐ Oui ☐ Non

Consommation d'alcool interdite :

☐ Oui ☐ Non

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

VIE QUOTIDIENNE

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale	Précisez
Se lève et se couche				
Fait sa toilette				
S'habille				
Va aux toilettes				
Mange				

Est énurétique / encoprétique : ☐ oui ☐ non

Précisez:

.....

NUIT, SOMMEIL, COUCHER, LEVER

A peur de l'obscurité :

☐ Oui ☐ Non

A des difficultés pour s'endormir :

☐ Oui ☐ Non

A des angoisses nocturnes, des insomnies :

☐ Oui ☐ Non

Se lève la nuit :

☐ Oui ☐ Non

Fait la sieste :

☐ Oui ☐ Non

Remarque :

.....

.....

COMMUNICATION

Téléphone : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Non

Ecrit : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Non

Lit : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Non

La personne communique oralement : ☐ Oui ☐ Non ☐ Difficilement

Précisez:

La personne rencontre-t-elle des difficultés de communication/relation au sein d'un groupe? ☐ oui ☐ non

Précisez:

La personne peut-elle avoir un comportement de type :

agression physique ☐ agression verbale ☐ automutilation ☐

Précisez:

Conseils pour accompagner la personne dans ces moments :

La personne est-elle sujette à des : ☐ angoisses ☐ délires ☐ hallucinations ☐ phobies

Précisez:

Conseils pour accompagner la personne dans ces moments :

La personne a-t-elle un objet fétiche : ☐ Oui ☐ Non Précisez :

La personne a-t-elle des rituels : ☐ Oui ☐ Non Précisez :

ARGENT PERSONNEL (pour les adultes)

Gère son argent : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Non

Sait faire un achat simple : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Non

SORTIE, DÉPLACEMENTS

Sort seul : ☐ Oui ☐ Non

Sort en petit groupe : ☐ Oui ☐ Non

Sait demander son chemin : ☐ Oui ☐ Non

Est capable de respecter un horaire : ☐ Oui ☐ Non

S'adapte aux nouveaux lieux : ☐ Oui ☐ Non

S'y repère : ☐ Oui ☐ Non

Conscient du danger : ☐ Oui ☐ Non

Risque la fuite : ☐ Oui ☐ Non

Précisez:

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 personnes non en situation de handicap)

Avec un accompagnateur : ☐ Toujours ☐ Parfois ☐ Jamais

Précisez son rôle :

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

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

.....

Peut pratiquer du sport pendanth/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

DESCRIVEZ 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