

Nom du(de la) vacancier(ière) :

Prénom :

Né(e) le : / /

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE PENDANT CE SÉJOUR

Nom :

Tél :

SANTÉ

Prend un traitement médical ?

Oui Non

Celui-ci a-t-il été modifié dernièrement ?

Oui Non Précisez ce qui change :

A besoin d'un passage d'infirmier ?

Oui Non Si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance

Est sujet à des épilepsies ?

Oui Non Si oui, précisez :

A des allergies spécifiques ?

Oui Non Si oui, précisez :

HYGIÈNE

Seul Avec guidance verbale Avec aide physique

Précisez tout changement concernant l'hygiène :

SORTIES

Baignade autorisée Oui Non

Sait nager Oui Non

Précisez tout changement concernant les sorties, les comportements en extérieur :

REPAS

Régime spécifique Oui Non Si oui, précisez :

Mange mixé / lissé Oui Non Précisez :

Risque de fausse-route Oui Non

Précisez tout changement concernant les repas et l'alimentation en général :

MOTRICITÉ

Se déplace en fauteuil Oui Non

Si oui, la personne vient-elle avec son fauteuil ?

Oui Non

Si non, fournir obligatoirement la prescription pour la location

en déambulateur Oui Non

Si oui, la personne vient-elle avec son déambulateur ?

Oui Non

Si non, fournir obligatoirement la prescription pour la location

INFORMATIONS IMPORTANTES A SAVOIR POUR ÉVITER TOUTE SITUATION CRITIQUE

La personne inscrite doit impérativement posséder les capacités nécessaires et compatibles avec le séjour adapté auquel elle va participer

Nom de la personne ayant complété cette fiche :

en qualité de :

le : / /