

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Téléphone : \_\_\_\_\_ Travailleur : OUI  NON

E-mail : \_\_\_\_\_

<u>Lieu de vie</u>	<u>ET/OU</u>	<u>Service d'Accompagnement :</u>
<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom de la structure : _____ Adresse : _____ CP/Ville : _____ E-mail : _____ <input type="phone"/> Fixe : _____ <input type="mobile"/> Portable : _____ Nom du responsable de l'établissement ou du référent : _____		Service d'Accompagnement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Précisez (SAVS, SAMSAH, ...) : _____ Nom de la structure : _____ Adresse : _____ CP/Ville : _____ E-mail : _____ <input type="phone"/> Fixe : _____ <input type="mobile"/> Portable : _____ Souhaitez-vous recevoir la convocation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

NOM et Prénom : _____	NOM et Prénom : _____
Lien avec la personne : _____	Lien avec la personne : _____
<input type="phone"/> Téléphone : _____	<input type="phone"/> Téléphone : _____

**Coordonnées du responsable légal de la personne :**

**Personne en charge du règlement :** (si différent du responsable)

NOM : _____	NOM : _____
PRÉNOM : _____	PRÉNOM : _____
Lien avec la personne : _____	Lien avec la personne : _____
Mesure de protection : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Préciser : _____	
Adresse complète : _____	Adresse complète : _____
CP/Ville: _____	CP/Ville: _____
E-mail : _____	E-mail : _____
<input type="phone"/> Fixe : _____	<input type="phone"/> Fixe : _____
<input type="mobile"/> Portable : _____	<input type="mobile"/> Portable : _____

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

<p><b><u>Habitudes de vie :</u></b></p> <p>Se réveille la nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Se lève tôt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Se couche tôt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fait la sieste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aime se rendre utile <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Toujours besoin d'un objet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Êtes-vous en couple ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>↳ Si oui, souhaite partager sa chambre ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nom du conjoint : _____</p> <p>Fumeur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gère sa consommation seul <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, nombre de cigarettes/jour _____</p>	<p><b><u>Communication:</u></b></p> <p>Parle sans difficulté <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Se fait comprendre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait téléphoner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait lire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait écrire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Recopie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait écrire son nom et prénom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait faire son courrier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait décider et donner son avis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Exprime ses sentiments/envies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																								
<p><b><u>Alimentation :</u></b></p> <p>A besoin d'un bavoir <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Se sert seul <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Connaît les quantités <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Utilise le couteau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>La fourchette / Cuillère <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Régime spécial (<u>à joindre</u>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Précisez : _____</p>	<p><b><u>Hygiène :</u></b></p> <p>Fréquence des douches (peau fragile, soucis cutané...) :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Tous les jours      Tous les deux jours</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="border: none;"></th> <th style="border: none; text-align: center;">Pas d'aide</th> <th style="border: none; text-align: center;">Aide partielle</th> <th style="border: none; text-align: center;">Aide totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: none;">Sait se laver</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Se brosse les dents</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Se rase seul</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sait s'habiller</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sait choisir ses vêtements</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Les change régulièrement</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Lace ses chaussures seul</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sait se rendre seul au WC</td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Dans l'ensemble, sait faire mais a besoin de stimulation</td> <td style="border: none; text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none; text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </tbody> </table>		Pas d'aide	Aide partielle	Aide totale	Sait se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se rase seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait choisir ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les change régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lace ses chaussures seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait se rendre seul au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans l'ensemble, sait faire mais a besoin de stimulation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	Pas d'aide	Aide partielle	Aide totale																																						
Sait se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Se brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Se rase seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Sait s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Sait choisir ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Les change régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Lace ses chaussures seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Sait se rendre seul au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dans l'ensemble, sait faire mais a besoin de stimulation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																																							
<p><b><u>Capacités :</u></b></p> <p>Sait gérer son argent <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sait compter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>A la notion du temps <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait lire l'heure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Repère les lieux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bon marcheur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fatigabilité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hémiplégie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marche avec une canne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En déambulateur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En fauteuil de confort <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait monter un escalier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Peut dormir à l'étage d'un lit superposé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sait nager <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Baignade surveillée autorisée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sorties seul autorisées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Peut rentrer seul depuis lieu de RDV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Pour les filles :</u></b></p> <p>A-t-elle ses règles ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, problèmes rencontrés liés aux règles</p> <p>-----</p> <p>A-t-elle besoin d'être accompagnée ?</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>																																								
<p><b><u>Ce que j'aime:</u></b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p><b><u>Ce que je n'aime pas :</u></b></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p><b><u>Vos conseils et remarques :</u></b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>																																								

Âge : .....

Taille : .....

Pointure : .....

Poids : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

**Médecin généraliste :**

Nom , Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Ville : .....

**Médecin spécialiste :**

Spécialisation : .....

Nom , Prénom : .....

Ville : .....

N° de téléphone : .....

**Renseignements médicaux :**

OUI NON

Alcool autorisé :  Encoprésie :  Énurésie :  ↳ Protection :  

Si oui, préciser : .....

Éthylisme :  Diabète :  ↳ Insulinodépendant :  Asthme :  Problèmes cardiaques :  Épilepsie :  Cholestérol :  Troubles digestifs :  Sujet aux fausses routes :  Allergie(s) :  

Si oui, préciser : .....

Autre : .....

**Troubles du comportement et de la personnalité :**

OUI NON

Manifestations agressives :  ↳ Envers lui :  ↳ Envers les autres :  

↳ Si oui, préciser : .....

TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif) :  Tendance à fuguer :  Tendance à la cleptomanie :  Angoisses :  ↳ Sait les exprimer :  

↳ De quelle manière : .....

Alerte en cas de douleurs :  

↳ De quelle manière : .....

**Traitement médical :**OUI  NON ↳ Le prend seul : OUI  NON 

Passage infirmier (pour acte médical : injection, autre...) :

OUI  NON 

↳ Si oui, nous contacter

**Veillez joindre obligatoirement l'ordonnance datant de moins de trois mois au moment du départ.****Vaccinations à jour :** (joindre les photocopies)

Groupe sanguin : .....

(joindre une photocopie de la carte)

Classification d'autonomie : .....

(Voir la grille d'auto évaluation page 17 du catalogue)

**Autres renseignements :**

OUI NON

Difficultés visuelles :  Difficultés auditives :  Difficultés motrices :  Troubles du sommeil :  Troubles respiratoires :  Est appareillé ?  ↳ Si oui préciser (lunette, malvoyance, appareil dentaire, appareil auditif, apnée du sommeil,...):  
.....  
.....Le(s) gère seul :

Je, soussigné(e) (*nom de l'adhérent*) \_\_\_\_\_  
demeurant à \_\_\_\_\_

- n'autorise pas
- autorise gracieusement à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise **l'Association Loisirs Détente** à reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises dans le cadre associatif.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : catalogue des activités, presse, fiche de renseignement participant, supports d'enregistrement numérique, exposition, site internet, réseaux sociaux.

**L'association Loisirs Détente s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.**

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis ne pas être lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à : \_\_\_\_\_, le: \_\_\_\_\_

Signature du participant :

« Lu et approuvé »