



Séjour choisi : **Séjour Voile Sport Adapté**

Photo d'identité
obligatoire

Nom et prénom du vacancier :

.....

Homme Femme

Né(e) le :/...../.....

Âge :

Adresse :

.....

.....

Contacts :

	Nom & Prénom	Adresse	CP & Ville	Téléphone
Personne chargée de l'inscription et du suivi du séjour *				
Où adresser les convocations de départ ?				
Médecin traitant				

*Personne joignable pendant toute la durée du séjour

Lieu de résidence habituel :

Foyer Appartement Parents/Famille Etablissement, précisez :

S'agit-il d'un 1^{er} séjour seul ? Oui Non, nombre de séjours ?



■ Traitement et posologie

Ce document doit être rempli par le médecin ou l’infirmière suivant le vacancier.
Une copie de celui-ci doit accompagner le semainier du vacancier préparé pour le séjour.

Médicaments	Mode d’emploi	Durée du traitement	Quantité	Fréquence			
Nom	Voie	Nombre de jours	Par Prise	Matin	Midi	Soir	Coucher

■ Vie quotidienne

Cocher les cases correspondantes, 1 étant une autonomie minimale et 5 une autonomie totale.

	1	2	3	4	5
Habillement					
Toilette (haut du corps)					
Toilette (bas du corps)					
Rasage					
Parler					
Se faire comprendre					
Lire					
Ecrire					
Compréhension					
Gestion de l’argent					
Orientation					

Remarques :

.....



■ Capacités physiques

Cocher les cases correspondantes, 1 étant un niveau faible et 5 un très bon niveau .

	1	2	3	4	5	Remarques :
Marche					
Vélo					
Nage					

Appareillage : Oui Non Si oui, préciser le ou lesquels :

■ Troubles divers

- Vue : Oui Non Lunettes : Oui Non
- Parole : Oui Non
- Ouïe : Oui Non Appareils auditifs : Oui Non Droite / Gauche
- Equilibre : Oui Non
- Sommeil : Oui Non Se lève la nuit : Oui Non
- Fugue : Oui Non
- Vol : Oui Non
- Agressivité :

Envers lui-même : Oui Non

Envers les autres : Oui Non

Conduite à tenir :

.....

■ Pathologies et comportements addictifs

- Diabète : Oui Non



- Régime alimentaire :
.....
.....
- Restrictions alimentaires :
.....
.....
- Épilepsie : Oui Non
Signes annonciateurs :
Fréquence :
Traitement : Oui Non
- Asthme : Oui Non Traitement : Oui Non
- Allergie(s) : Oui Non La ou lesquelles :
- Enurésie :
Diurne : Oui Non
Nocturne : Oui Non
- Encoprésie :
Diurne : Oui Non
Nocturne : Oui Non
- Tabac : Oui Non Dose :
- Café : Oui Non
- Autres :
.....
.....
.....