



FICHE DE LIAISON

Dossier à caractère confidentiel

Fiche remplie par : nom et qualité le/...../.....

Adresse :

Mail : Tél :

NOM DU VACANCIER

Date de Naissance Age Poids Taille Groupe Sanguin

Renseignements médicaux

Syndrome/ Pathologie principale

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

Symptômes habituels

.....

À quelle fréquence

.....

Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

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

Allergies :

- à certains médicaments Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

- à certains aliments Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

Le vacancier a-t-il des difficultés à prendre ses médicaments ? Oui Non

Si oui, y-a-t-il des techniques particulières pour l'aider à les prendre ?

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



Fait-t il de l'asthme :

Besoin d'un temps de repos quotidien (sieste) de heures.

Les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non

Nécessite un ou plusieurs de ces dispositifs médicaux :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire | <input type="checkbox"/> Bas de contention |
| <input type="checkbox"/> Prothèse auditive | <input type="checkbox"/> Corset dorsale |
| <input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant permanent |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant occasionnel | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant permanent |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Lunettes de vue |
| <input type="checkbox"/> Lentilles | <input type="checkbox"/> Autres : |

Epileptique : oui stabilisé
 Oui non-stabilisé
 non

Diabétique : Oui Non

Énurésie chronique parfois jamais

Encoprésie chronique parfois jamais

Coprophagie chronique parfois jamais

Constipation Oui Non

Port de protections Oui Non Si oui : la nuit le jour

Fume-t-il : Oui Non

Si oui, nombre limite de cigarettes éventuel :

Peut-il consommer de l'alcool : oui
 oui, alcool léger (bière, vin...)
 non



Pour les jeunes filles

- Est-elle réglée ? Oui Non
- Les règles sont-elles douloureuses ? Oui Non
- Sont-elles source d'angoisses ? Oui Non
- Utilisation d'un moyen de contraception Oui Non

Si oui, lequel ?

Traitement

- Le vacancier a-t-il un traitement médical permanent ? Oui Non
- Ce traitement doit-il être poursuivi durant le séjour ? Oui Non
- Le vacancier prend-il ses médicaments seul ? Oui Non
- A-t-il un protocole d'urgence ? Oui Non
- Lequel ?

Des soins nécessitent-ils l'intervention de personnel soignant (infirmier(ère), kinésithérapeute,...), précisez le(s)quel(s)

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

Mettre **obligatoirement au moment du départ, les piluliers** pour la durée du séjour dans la valise (+1 jour complet) avec les médicaments en quantité suffisante, **l'ordonnance médicale et le pass sanitaire.**

Observations, autres indications ou contre-indications médicales

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| Alimentaires
..... | Baignades
..... |
| Sportives
..... | Divers
..... |

Autonomie

Toilette et hygiène

- Le vacancier se rase ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- Se lave le corps ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- Se lave les cheveux ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non



- Se sèche ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- Se brosse les dents ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- Se brosse les cheveux ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- S'habille/ se déshabille ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- Se chausse ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non
- Sait adapter sa tenue à la météo ? seul avec aide avec stimulation non
- Sait trier le linge propre ? Oui Non
- Sait trier le linge sale ? Oui Non
- Va aux toilettes ? seul avec aide inciter en journée
- S'essuie-t-il ? seul avec aide avec stimulation par un tiers non

Comment manifeste-t-il son envie d'aller aux toilettes ?

.....

Sommeil et rituels

Heure du coucher : Heure du lever :

A-t-il des rituels au coucher ? Oui Non Précisez :

Des difficultés particulières :

Des rituels en journée ? Oui Non Précisez :

Objet fétiche ? Oui Non Précisez :

Déambulation nocturne ? Oui Non Précisez :

Capacité à marcher

Monte et descend les escaliers seul ? Oui Non

Marche – de 30 minutes ? Oui Non

+ de 30 minutes ? Oui Non

Se repère seul Oui Non

Tendance à se perdre Oui Non

Peut se mettre en danger Oui Non



Communication et sociabilité

Le vacancier parle-t-il ? Oui Non

Comment communique-t-il ? Verbal gestes (LSF) picto/visuels (*si oui, les fournir*)

Autres

Est-il habitué à vivre en collectivité ? Oui Non

Est-il à l'aise en collectivité ? Oui Non

Interactions avec les encadrants : bonnes compliquées restreintes inexistantes

Interactions avec les autres vacanciers : bonnes compliquées restreintes inexistantes

Mots ou gestes qu'il est important que nous comprenions :

.....
.....

Autres remarques :

.....
.....

Alimentation

Le vacancier mange-t-il seul ? Oui A besoin d'aide

A besoin d'outils, lesquels

.....

Le vacancier boit-il seul ? Oui A besoin d'aide

A besoin d'outils, lesquels

.....

Si besoin de Couverts adaptés (à fournir)

Faut-il lui couper ses aliments ? Oui Non

Fait-il des fausses routes ? Oui Non

Si oui, préciser :

.....

Eau gélifiée Oui Non

Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, lequel :

Fournir éventuellement la prescription pour le régime alimentaire.



La nourriture doit-elle être : hachée en petits morceaux mixée

Alimentation : à surveiller, préciser :

Hydratation : à surveiller, préciser :

Autres comportements à connaître pendant le repas (jet de couverts, vol dans l'assiette de son voisin ...) :

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

Habitudes au petit déjeuner

.....
.....

Aliments proscrits s'il y a :

.....
.....

<u>Aime</u>	<u>N'aime pas</u>

Comportements – Sécurité

Auto-agressivité : Oui Non

Si oui, de quelle ordre :

Hétéro-agressivité : Oui Non

Si oui, de quelle ordre :

Y a-t-il des éléments déclencheurs ?

Merci de noter ici tous les éléments de comportement nécessaires à transmettre pour la sécurité du vacancier :
comportements à risques en voiture (ouvre la portière...), sur la voie publique, à la maison,...

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



Risque de fugue : Oui Non

Casse de matériel volontaire : souvent parfois jamais

A-t-il conscience du danger : oui partiellement non

A-t-il tendance à s'isoler : Oui Non

Sait-il se repérer dans l'espace : Oui Non

Sait-il se repérer dans le temps : Oui Non

Comportements – Prise en charge adaptée

Merci de noter ici les éléments de comportement nécessaires à transmettre pour une prise en charge adaptée du vacancier

A-t-il des angoisses, des peurs spécifiques, ou phobies ? Si oui, y-a-t-il des éléments déclencheurs ?

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

Comment apaiser ces manifestations :

.....
.....

A-t-il des comportements répétitifs ?

.....

Moyens ou outils pouvant aider à éviter ou débloquer une situation (rituel à respecter, musique ...) :

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

Activités

La baignade est-elle autorisée ? Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non

Sait-il faire du vélo ? Oui Non

Sait-il lire ? Oui partiellement et/ou avec aide Non

Sait-il écrire ? Oui partiellement et/ou avec aide Non

Aime-t-il les animaux ? Oui Non

Accepte-t-il le contact avec les animaux ? Oui Non



	<u>Aime</u>	<u>N'aime pas</u>
La neige		
La nature		
Les promenades		
Faire la cuisine		
Le jardinage		
Le sport		
Le cinéma		
La baignade		
Le cheval		

Autre éléments importants

.....

.....

.....

.....

Cette fiche est essentielle, à la prise en charge de la personne que vous nous confiez, toutes les informations doivent être renseignées, Merci

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - N°Siret : 49779353900048 - Code APE 9499Z
 Association de tourisme agréée N°AG.026.09.0001
 Immatriculation à Atout France : IMO26100025
 Culture et Cultures - 935 Route de St Nazaire - 26 730 LA BAUME D HOSTUN
 Tél. : 09.51.00.81.28 - 07.77.06.47.89 - Mail : contact@asso-cultureetcultures.com
 Site : <http://www.asso-cultureetcultures.com>