



### Sommeil

Fait la sieste : oui  non  | Heure habituelle de coucher du participant :  
Se lève la nuit : oui  non  | Peut-il se coucher plus tard (soirée...) ? oui  non   
Peut avoir des angoisses/insomnies : oui  non  | Heure habituelle de réveil du participant:

Précisions (rituel spécifique à respecter etc...) :

### Repas

A besoin d'aide pour les repas : oui  non  | *Si la personne suit un régime alimentaire, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale. Veuillez-nous adresser un certificat médical ainsi qu'un protocole personnalisé.*  
Sait couper ses aliments : oui  non   
Mange mixé ou pré-haché : oui  non   
Café autorisé : oui  non

Précisions (habitudes pendant les repas etc...):

### Déplacements

Lors des **déplacements à pieds**, le participant est conscient du danger lié à la circulation: oui  non  | Supporte les longues distances : oui  non   
Consignes éventuelles : | A le mal des transports : oui  non   
Symptômes :

Le bénéficiaire a-t-il **des contre-indications** en ce qui concerne les moyens de transports suivants ?

- Voiture, minibus : oui  non   
- Transport en commun (bus, tram) : oui  non   
- Train : oui  non   
- Bateau : oui  non   
- Avion : oui  non

Attitudes préconisées (monter à l'avant etc...):

*Pour tout traitement "si besoin" lié au transport, merci de nous transmettre l'ordonnance ainsi que le pilulier correspondant (cf : fiche médicale).*

### Aptitudes

#### Capacités physiques :

Monte et descend les escaliers  
oui  accompagné  non   
Peut marcher : + d'1h  1h  - d'1h   
Rythme : dynamique  modéré  lent

Béquilles ou cannes : oui  non   
Fauteuil roulant : oui  non

*Si oui, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.*

#### Sait gérer ses affaires personnelles :

oui  assisté  non

Le participant fait-il gérer son **argent personnel** par un animateur ? oui  non

Habitudes d'achat :

#### Téléphone :

Le participant sait téléphoner : oui  non   
Si oui, possède-t-il un portable ? : oui  non

## III. VIE EN COLLECTIVITE

Les renseignements que vous fournirez permettront à l'équipe d'encadrement de connaître les capacités d'expression et de compréhension du participant ainsi que son comportement au sein d'un collectif.

### Communication

**Communique** par le langage : oui  non  | **Comprend** facilement ce qu'on lui dit : oui  non   
Communique par les gestes: oui  non  | Sait écrire : oui  assisté  non   
Utilise des pictogrammes: oui  non  | Sait lire: oui  non   
Si non, sait se faire comprendre : oui  non

Le bénéficiaire est-il pertinent dans ses propos ou dans ses gestes ?

toujours  souvent  parfois  jamais

Consignes éventuelles pour faciliter la communication :

### Comportement au sein d'un groupe

#### Connaissance de la vie en collectivité:

Le bénéficiaire a-t-il l'habitude d'évoluer au sein d'un collectif ? oui  non

- si oui : au quotidien  occasionnellement

#### Participation dans les actes collectifs:

Participe aux actes de la vie quotidienne:

oui  non

A besoin d'être sollicité : oui  non

Tâches qu'il/elle fait habituellement (cuisine,ménage...):

#### Attitude au sein d'un collectif:

A l'habitude de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas ? oui  non

Est déjà parti en séjour adapté ou en transfert avec son établissement ? oui  non

- si oui, retour d'expérience :

Précisions (qualité de la relation avec les autres, place dans le groupe...) :

## IV. CAPACITES D'ADAPTATION

*Cette partie consiste à cerner au mieux les capacités d'adaptation du participant (capacité à se repérer dans l'espace, réaction face aux imprévus...) afin d'adapter au mieux son environnement et son accompagnement.*

### Orientation spatiale

Sait s'orienter rapidement dans un lieu qu'il/elle ne connaît pas : oui  non

Peut demander son chemin : oui  non

A l'habitude de sortir seul : oui  non

A l'habitude de rester seul : oui  non

### Troubles du comportement

**Dépression :** oui  non

- Symptômes:

- Fréquence :

- Causes :

**Manifestations agressives:** oui  non

envers soi  envers les autres  envers les objets

- Symptômes:

- Fréquence :

- Causes :

**Angoisse :** oui  non

- dans un environnement bruyant : oui  non

- dans un environnement calme : oui  non

Symptômes:

Causes :

**Autres troubles du comportement:** oui  non

- Précisez :

- Symptômes:

- Fréquence :

- Causes :

Quelles sont les **attitudes préconisées** ?

## V. ACTIVITES ET GESTION DES TEMPS LIBRES

Cette partie vise à renseigner l'équipe d'encadrement sur les activités à mettre en place lors des loisirs ainsi que sur les précautions à prendre (stimulation, préparation à l'activité etc...).

Activités pratiquées					
<b>Sait nager :</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<b>Sait faire du vélo :</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- met la tête sous l'eau :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	- sur la voie publique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- sait nager là où il n'a pas pied :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<b>Sait monter à cheval :</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<b>Autorisé à la baignade :</b>			<b>A le vertige :</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- sous surveillance:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
- en mer :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
- en piscine :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Quelles sont les activités de loisirs favorites (sportives, artistiques...) du participant ?

Quelles sont les attentes en terme d'activités proposées ?

Investissement durant les temps d'attente	
Comment la personne investit les <b>temps libres</b> (télévision, lit, écoute de la musique, dessine...) ?	Comment la personne vit-elle les <b>moments d'attente</b> ?
	S'isole : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Recherche la présence:
	- du groupe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- de l'équipe d'animation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	La personne possède-t-elle un <b>objet fétiche</b> ou transitionnel ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- si oui, lequel:

Si vous souhaitez approfondir certains aspects ou apporter des précisions que vous jugez utiles pour favoriser l'accueil du participant (possibilité de joindre un rapport écrit):

### Droit à l'image

Si vous ne souhaitez pas que l'association « ALTER ET GO! » utilise l'image du participant dans ses publications ou catalogues à venir, merci de cocher cette case :

Je soussigné Mme, Mlle, Mr :	agissant en qualité de
certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières d'inscription de l'association ALTER ET GO !, les accepte et autorise la présente personne à adhérer à l'association. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets. <b>ALTER ET GO ! décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.</b>	
D'autre part, en accord avec un médecin, j'autorise l'association ALTER ET GO ! à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du participant y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgentes.	
Fait à	Signature :
le	