



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR MINEURS

Cette fiche vise à percevoir le participant dans sa globalité afin de répondre au mieux à ses attentes et ses besoins. Dans chaque rubrique, vous retrouverez un espace libre pour préciser tout détail important afin d'assurer le meilleur accueil du participant. Les renseignements fournis sont à usage interne uniquement.

I. INFORMATIONS GENERALES

Le participant		<i>Joindre 1 Photo d'identité récente</i>
Nom: Prénom: Sexe(M/F) : _____ Date de naissance : _____ Nationalité : _____ N° de sécurité sociale : _____		
Situation familiale		
Représentant légal : parents <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> Le participant est rattaché au domicile : _____ parents <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____ E-mail : _____ Autre personne susceptible d'être contactée (précisez la qualité : père, mère, éducateur ASE...): Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____ E-mail : _____		
Établissement fréquenté		
Le participant est en établissement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, type (IME, CLIS, UPI, hôpital de jour..) : _____ Nom: _____ Adresse: _____ CP: _____ Ville : _____ Personne référente: _____ Fonction: _____ Téléphone: _____ Portable: _____ Fax: _____ E-mail: _____ Association gestionnaire: _____		

II. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'objectif de cette partie est d'avoir une idée précise de l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne du participant afin d'adapter la prise en charge à ses besoins et à ses aptitudes.

Hygiène							
Sait aller aux toilettes :	oui <input type="checkbox"/>	assisté <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Enurétique:	diurne <input type="checkbox"/>	nocturne <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sait se laver :	oui <input type="checkbox"/>	assisté <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Encoprétique:	diurne <input type="checkbox"/>	nocturne <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sait se raser :	oui <input type="checkbox"/>	assisté <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Porte des protections:	diurne <input type="checkbox"/>	nocturne <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sait s'habiller :	oui <input type="checkbox"/>	assisté <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				
Précisions (besoin d'assistance etc..) :							

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					
Sait nager :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Sait faire du vélo :	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"/>	Sait monter à cheval :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorisé à la baignade :			A le vertige :	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 temps libres (télévision, lit, écoute de la musique, dessine...) ?	Comment la personne vit-elle les moments d'attente ?
	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 objet fétiche ou transitionnel ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	- si oui, lequel:

VI. RESPECT DES GESTES BARRIÈRES COVID-19

Cette partie vise à apprécier les habitudes et les capacités du participant à respecter les gestes barrières dans son quotidien.

- Le participant est sensibilisé à la nécessité de respecter les gestes barrières :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Les gestes barrières lui sont demandés au quotidien :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Il a l'habitude de porter un masque :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- La distanciation sociale est acquise :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Le lavage des mains régulier est bien intégré :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Droit à l'image
Si <u>vous ne souhaitez pas</u> que l'association « ALTER ET GO! » utilise l'image du participant dans ses publications ou catalogues à venir, merci de cocher cette case : <input type="checkbox"/>

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. ALTER ET GO ! décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié.
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 :