

Coller votre
photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU VACANCIER/ERE,

Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
N° AVS / AI					
Institution			Appartement		
Téléphone			E-mail		
Adresse					N°
Code Postal		Ville		Pays	

Personne de référence, à prévenir en cas de besoin

Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;	
Institution			Appartement
Téléphone		Fax	E-mail
Adresse			N°
Code Postal		Ville	Pays

Genève, le

HANDICAP

 Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
-------	--	----------	--	---------------------	--

Type de handicap :

Description du handicap

--

Description de la personne et de son comportement

--

Le		Lieu	
----	--	------	--

Nom		Signature	
-----	--	-----------	--

ASSURANCES et DECHARGES

Document indispensable à remplir par le/la représentant/e légal/e de la personne inscrite aux séjours et aux activités de l'association Passion Voyage.

Tous/tes les vacanciers/ères doivent être couvert/es par les assurances suivantes :

Madame

Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
-------	--	----------	--	---------------------	--

	Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police
Maladie		
Accidents		
Responsabilité civile		
Annulation / Rapatriement		

Le/la répondant/e légal/e donne décharge à Passion Voyage concernant les points suivants, qu'il/elle déclare accepter :

- Y L'autorisation à voyager en Suisse et à l'étranger.
- Y En cas de participation à risque, les éventuels accidents survenus lors de son déroulement normal, dans la mesure où l'inscription a été faite en connaissance de cause.
- Y En cas de maladie ou d'accident, l'autorisation pour le responsable du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires correspondant à l'état de santé de la personne. (intervention du médecin, du dentiste, d'un infirmier ou une hospitalisation) en tenant compte des informations à sa disposition (parents, éducateur, médecin traitant).
- Y Les frais qui en découleraient et qui seraient réglés par l'association Passion Voyage devront lui être remboursés intégralement.
- Y L'annonce, à faire au responsable du secteur, sur la feuille de renseignements médicaux ou lors de l'inscription aux séjours ou aux activités, de toute maladie contagieuse grave ou tout problème nécessitant une prise en charge particulière.
- Y Les conditions de participation aux séjours et la modification éventuelle de séjours pour des raisons indépendantes de notre volonté.

Lu et approuvé, le		Lieu	
--------------------	--	------	--

Nom du représentant légal		Signature	
---------------------------	--	-----------	--

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à faire remplir par le médecin

 Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
-------	--	----------	--	---------------------	--

Groupe sanguin		Rhésus (+)		Rhésus (-)	
----------------	--	------------	--	------------	--

Vaccination :	Joindre une photocopie du carnet de vaccination		
Date du dernier rappel du vaccin contre le tétanos			
Allergies :	alimentation, piqûres d'insectes, médicaments, etc Joindre les informations utiles	Oui	Non

Maladies : Fournir pour les maladies connues, telles que :

Diabète: les informations sur le régime, sur les médicaments à administrer si nécessaire

Epilepsie: les Informations utiles et notamment la fréquence, les circonstances propices au déclenchement, le comportement approprié et les médicaments à administrer en cas de crise.

Cardio-vasculaire: les informations sur le régime, sur les médicaments à administrer si nécessaire, sur l'activité physique.

- La liste des traitements médicaux mise à jour doit être jointe au pilulier à chaque départ -

Traitement nécessitant une intervention médicale extérieure	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Si oui : lesquels ?	Joindre toutes les ordonnances nécessaires :			

Contre-indications	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Si oui : lesquelles ?				

Autorisation du médecin traitant

Je soussigné		agissant en qualité de	
déclare avoir pris connaissance du dossier et autorise le responsable, après consultation auprès d'un médecin et en cas d'urgence, à faire soigner et hospitaliser le vacancier/ere et déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à suivre les activités proposées dans la description du séjour.			

Lu et approuvé, le		Lieu		Signature	
--------------------	--	------	--	-----------	--

RENSEIGNEMENTS GENERAUX
à remplir avec le plus de précisions possibles

Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
--------------	--	-----------------	--	----------------------------	--

Autonomie

Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Pas autonome	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------

Comportement - Merci de développer ces thèmes sur le rapport de comportement demandé -

Trouble du comportement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Relation avec l'extérieur	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers soi-même	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Relation avec l'encadrement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers les autres	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Relation avec les vacanciers	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si risque de fugue, joindre une feuille explicative				

Maladies connues

Diabète	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Encoprésie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Ethylisme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Enurésie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Difficultés respiratoires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Allergie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Si allergie, joindre une feuille explicative et le protocole de traitement si nécessaire. Communication**verbale****Autres modes de communications**

Langage verbal	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	YLangage des signes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Compréhension	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					
Bégayement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					

Ecrire**Compter**

Sait écrire couramment	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait compter couramment	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sait écrire quelques mots	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait compter un peu	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Lecture**Argent**

Sait lire couramment	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Gère son argent de poche				
Sait lire quelques mots	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sait lire l'heure	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Orientation

Dans le temps	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Peut se déplacer seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Dans la rue	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Transports publics	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Pour tous déplacements	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Dans les lieux connus	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>					

Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
-------	--	----------	--	---------------------	--

Déplacement, mobilité, autonomie

Difficultés motrices	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Moyens auxiliaires				
Escalier	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
YMonter seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	YEn permanence	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
YAvec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	YExtérieur seulement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Marche	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Cannes anglaises Tripodes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
YSeul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
YAvec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Chaussures orthopédiques	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
						Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Autres

Difficultés auditives	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Appareil acoustique	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Difficultés visuelles	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Lunettes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
					Prothèse dentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Activités physiques

Fatigabilité aux activités	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait faire du cheval	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sorties	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait faire du vélo	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait faire du ski	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Accompagné	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Randonnée				
Baignade autorisée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Aime la randonnée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sait nager	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Dormir en refuge	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Peut nager seul Autre,	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Dormir sous tente	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Précisez :									

Habillement

Sait se vêtir					Ch. des habits				
Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Sait choisir ses habits	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
					S'occupe seul de son linge	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Toilette, WC ;

Le jour				La nuit					
Va seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Va seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Doit y être envoyé régulièrement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doit être levé régulièrement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sujet à la constipation	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Précisez :				
Sujet aux diarrhées	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Précisez :				

Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
-------	--	----------	--	---------------------	--

Hygiène et soins corporels

Douche				Bain					
Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sait se laver les cheveux				Sait se raser					
Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sait se brosser les cheveux				Rasoir électrique					
Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sait se laver les dents				Rasoir manuel					
Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Repos et sommeil

Coucher, gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Heure du coucher	
Lever, gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Heure du lever	
Sieste, gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Durée de la sieste	
Chambre à plusieurs	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si non : pourquoi ? préciser	

Consommation

Cigarettes, tabac				Boissons alcoolisées					
Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Café				Si autres ajoutez					
Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Autonome	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Contrôlée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Interdite	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Madame Monsieur

Nom ;		Prénom ;		Date de naissance ;	
-------	--	----------	--	---------------------	--

Régime alimentaire

Régime Alimentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Si oui : préciser et fournir un plan de régime

Médication

Médicaments	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Pommades ou autres	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ Gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ Gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	➤ A besoin d'aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Sexualité

A t-il des relations sexuelles ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Remarques :
Peut-il dormir en couple ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	
Contraception	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	
➤ Gère seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	
➤ Avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	

Droit à l'image

Au cours des activités organisées par Passion Voyage, des photos et vidéos peuvent être réalisées. Celles-ci peuvent ensuite être diffusées au travers de différents supports de présentation de l'association (Affichage au sein des locaux de l'association, programmes et rapports d'activités, site internet, exposition lors de manifestations visant à promouvoir l'association, etc.) Chaque image ou vidéo réalisée sera validée par les responsables des activités et de l'association afin qu'elle soit valorisante et dans le respect de la personne représentée.

J'autorise Passion Voyage à prendre des photos et vidéo me représentant dans le cadre des activités de l'association et à les diffuser

Je n'autorise pas Passion Voyage à prendre des photos et vidéo me représentant dans le cadre des activités de l'association et à les diffuser

Autres remarques

Le		Lieu	
----	--	------	--

Nom		Signature	
-----	--	-----------	--