

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	☐	Oui	☐
Si oui : lesquels ? Joindre toutes les ordonnances nécessaires :				

Contre-indications	Non	☐	Oui	☐
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/ère 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	☐	Moyenne	☐	Pas autonome	☐
-------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------

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

Trouble du comportement	Oui	☐	Non	☐	Relation avec l'extérieur	Oui	☐	Non	☐
Agressivité envers soi-même	Oui	☐	Non	☐	Relation avec l'encadrement	Oui	☐	Non	☐
Agressivité envers les autres	Oui	☐	Non	☐	Relation avec les vacanciers	Oui	☐	Non	☐
Risque de fugue	Oui	☐	Non	☐	Si risque de fugue, joindre une feuille explicative				

Maladies connues

Diabète	Oui	☐	Non	☐	Epilepsie	Oui	☐	Non	☐
Encoprésie	Oui	☐	Non	☐	Ethylisme	Oui	☐	Non	☐
Enurésie	Oui	☐	Non	☐	Difficultés respiratoires	Oui	☐	Non	☐
Allergie	Oui	☐	Non	☐	Problèmes cardiaques	Oui	☐	Non	☐

Si allergie, joindre une feuille explicative et le protocole de traitement si nécessaire. Communication

verbale

Autres modes de communications

Langage verbal	Oui	☐	Non	☐	YLangage des signes	Oui	☐	Non	☐
Compréhension	Oui	☐	Non	☐					
Bégayement	Oui	☐	Non	☐					

Ecrire

Compter

Sait écrire couramment	Oui	☐	Non	☐	Sait compter couramment	Oui	☐	Non	☐
Sait écrire quelques mots	Oui	☐	Non	☐	Sait compter un peu	Oui	☐	Non	☐

Lecture

Argent

Sait lire couramment	Oui	☐	Non	☐	Gère son argent de poche				
Sait lire quelques mots	Oui	☐	Non	☐	Seul	Oui	☐	Non	☐
Sait lire l'heure	Oui	☐	Non	☐	Avec aide	Oui	☐	Non	☐

Orientation

Dans le temps	Oui	☐	Non	☐	Peut se déplacer seul	Oui	☐	Non	☐
Orientation dans l'espace	Oui	☐	Non	☐	Dans la rue	Oui	☐	Non	☐
Transports publics	Oui	☐	Non	☐	Pour tous déplacements	Oui	☐	Non	☐
Dans les lieux connus	Oui	☐	Non	☐					

☐ Madame ☐ Monsieur

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

Déplacement, mobilité, autonomie

Difficultés motrices	Oui	☐	Non		Moyens auxiliaires				
Escalier	Oui	☐	Non		Fauteuil roulant	Oui	☐	Non	☐
YMonter seul	Oui	☐	Non		YEn permanence	Oui	☐	Non	☐
YAvec aide	Oui	☐	Non		YExtérieur seulement	Oui	☐	Non	☐
Marche	Oui	☐	Non		Cannes anglaises Tripodes	Oui	☐	Non	☐
YSeul	Oui	☐	Non		Déambulateur	Oui	☐	Non	☐
YAvec aide	Oui	☐	Non		Chaussures orthopédiques	Oui	☐	Non	☐
						Oui	☐	Non	☐

Autres

Difficultés auditives	Oui	☐	Non	☐	Appareil acoustique	Oui	☐	Non	☐
Difficultés visuelles	Oui	☐	Non	☐	Lunettes	Oui	☐	Non	☐
					Prothèse dentaire	Oui	☐	Non	☐

Activités physiques

Fatigabilité aux activités	Oui	☐	Non	☐	Sait faire du cheval	Oui	☐	Non	☐
Sorties	Oui	☐	Non	☐	Sait faire du vélo	Oui	☐	Non	☐
Seul	Oui	☐	Non	☐	Sait faire du ski	Oui	☐	Non	☐
Accompagné	Oui	☐	Non	☐	Randonnée				
Baignade autorisée	Oui	☐	Non	☐	Aime la randonnée	Oui	☐	Non	☐
Sait nager	Oui	☐	Non	☐	Dormir en refuge	Oui	☐	Non	☐
Peut nager seul Autre,	Oui	☐	Non	☐	Dormir sous tente	Oui	☐	Non	☐
Précisez :									

Habillement

Sait se vêtir					Choix des habits				
Seul	Oui	☐	Non	☐	Sait choisir ses habits	Oui	☐	Non	☐
Avec aide	Oui	☐	Non	☐	Avec aide	Oui	☐	Non	☐
					S'occupe seul de son linge	Oui	☐	Non	☐

Toilette, WC ;

Le jour					La nuit				
Va seul	Oui		Non		Va seul	Oui		Non	
Avec aide	Oui		Non		Avec aide	Oui		Non	
Doit y être envoyé régulièrement	Oui		Non		Doit être levé régulièrement	Oui		Non	
Sujet à la constipation	Oui		Non		Précisez :				
Sujet aux diarrhées	Oui		Non		Précisez :				

☐ Madame ☐ Monsieur

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

Hygiène et soins corporels

Douche				Bain					
Seul	Oui	☐	Non	☐	Seul	Oui	☐	Non	☐
A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐	A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐
Sait se laver les cheveux				Sait se raser					
Seul	Oui	☐	Non	☐	Seul	Oui	☐	Non	☐
A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐	A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐
Sait se brosser les cheveux				Rasoir électrique					
Seul	Oui	☐	Non	☐	Seul	Oui	☐	Non	☐
A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐	A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐
Sait se laver les dents				Rasoir manuel					
Seul	Oui	☐	Non	☐	Seul	Oui	☐	Non	☐
A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐	A besoin d'aide	Oui	☐	Non	☐

Repos et sommeil

Coucher , gère seul	Oui	☐	Non	☐	Heure du coucher	
Lever , gère seul	Oui	☐	Non	☐	Heure du lever	
Sieste , gère seul	Oui	☐	Non	☐	Durée de la sieste	
Chambre à plusieurs	Oui	☐	Non	☐	Si non : pourquoi ? préciser	

Consommation

Cigarettes, tabac	Oui	☐	Non	☐	Boissons alcoolisées	Oui	☐	Non	☐
Autonome	Oui	☐	Non	☐	Autonome	Oui	☐	Non	☐
Contrôlée	Oui	☐	Non	☐	Contrôlée	Oui	☐	Non	☐
Interdite	Oui	☐	Non	☐	Interdite	Oui	☐	Non	☐
Café	Oui	☐	Non	☐	Si autres ajoutez				
Autonome	Oui	☐	Non	☐	Autonome	Oui	☐	Non	☐
Contrôlée	Oui	☐	Non	☐	Contrôlée	Oui	☐	Non	☐
Interdite	Oui	☐	Non	☐	Interdite	Oui	☐	Non	☐

☐ Madame ☐ Monsieur

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

Régime alimentaire

Régime Alimentaire	Oui	☐ Non	☐ Si oui : préciser et fournir un plan de régime

Médication

Médicaments	Oui	☐ Non	☐	Pommades ou autres	Oui	☐ Non	☐
➤ Gère seul	Oui	☐ Non	☐	➤ Gère seul	Oui	☐ Non	☐
➤ A besoin d'aide	Oui	☐ Non	☐	➤ A besoin d'aide	Oui	☐ Non	☐

Sexualité

A t-il des relations sexuelles ?	Oui	☐ Non	☐	Remarques :
Peut-il dormir en couple ?	Oui	☐ Non	☐	
Contraception	Oui	☐ Non	☐	
➤ Gère seul	Oui	☐ Non	☐	
➤ Avec aide	Oui	☐ Non	☐	

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	
-----	--	-----------	--