



Document complémentaire pour les séjours organisés par les partenaires en inclusion ou séjours mixtes

Association des Paralysés de France

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Loisirs et talents divers

Activités sportives pratiquées ?

Pratique d'un instrument de musique ?

Lit : oui avec une aide non

Écrit : oui avec une aide non

Souhaits particuliers pour les vacances ?

La vie en groupe

Participe-t-il facilement à la vie de groupe ? oui non

Quelles sont ses relations aux autres ? quels conseils pouvez-vous nous donner pour qu'il trouve sa place dans le groupe ?

Attitudes et comportement

Est-il sujet à des troubles du comportement ? oui non

Si oui, merci de nous préciser :

- ⇒ Ce qui caractérise le trouble ?
- ⇒ Quel peut en être le déclencheur ?
- ⇒ Quelle aide peut-on lui apporter dans ces moments-là ?

Quels sont les signes extérieurs qui peuvent aider à déceler un malaise ou une douleur ?

Troubles associés et autres déficiences

Déficience mentale

Comprend-il une consigne simple ? oui non

A-t-il la notion du danger ? oui non

Si non, quelles sont les précautions particulières à prendre ?

A-t-il la notion du temps ? oui non

A-t-il la notion de l'espace ? oui non

Quel est son temps de concentration maximum ?

S'il a un retard de développement ou d'acquisition, à quelle tranche d'âge diriez-vous qu'il se rapproche le plus ?

- ⇒ Physiquement (taille, puberté...) :
- ⇒ Intellectuellement (lecture, écriture, logique...) :
- ⇒ Dans ces centres d'intérêt (jeux, habitudes...) :

Déficience visuelle

Quel est le degré de déficience visuelle ?

	Oui	Non	Gauche	Droit
Non-voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malvoyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voit de près	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voit de loin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voit les reliefs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voit les couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Porte-t-il des lentilles ? oui non

Porte-il des lunettes ? oui non

⇒ Si oui, à quel moment ?

A-t-il besoin d'aide dans ses déplacements ? oui non

⇒ Si oui, laquelle ?

Déficience auditive

Quel est le degré de déficience auditive ?

	Oui	Non	Gauche	Droit
Non-entendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malentendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'implants Cochléaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est le mode de communication utilisé (lit sur les lèvres, langage des signes...) ?

Informations complémentaires