

PHOTO
RECENTE

PROFIL BÉNÉFICIAIRE

A. Informations administratives

1. Bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité :

Domicile :

Personne disposant des autorisations nécessaires en matière administrative et médicale :
.....

2. Etablissement fréquenté :

Institution :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Direction :

Personne de contact / coordination

Educateur référent.....

3. Personne à contacter pendant le séjour en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Degré de référence ou lien de parenté :

.....

En cas de rapatriement, la personne sera accueillie à l'adresse reprise dans le cadre

1. Bénéficiaire

2. Etablissement fréquenté

3. Personne à contacter /urgence

4. Personne à contacter la veille ou le jour du départ

Nom :

Prénom :

Téléphone :

B. Informations personnelles

1. Compétences dans les activités de la vie journalière

LES REPAS :

Régime alimentaire : aliments et boissons préférés :

.....

⇒ Le bénéficiaire est-il capable d'effectuer de petites tâches pour la préparation du repas

OUI Non

↳ Aime-t-il y participer : OUI Non

↳ A-t-il (elle) la notion du danger : OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

⇒ Le bénéficiaire est-il capable :

	Seul	Stimulation	accompagnement
De manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser une fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser une cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un couteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De couper sa viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descriptif, si nécessaire :

.....

⇒ Le bénéficiaire a-t-il des accessoires adaptés (gobelet, assiette, couverts) au quotidien

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

Si oui, pouvez joindre les accessoires.

⇒ Le bénéficiaire est-il conscient du sentiment de satiété

OUI Non

↳ Faut-il limiter la quantité : OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

Autre :

.....

.....

.....

L'HYGIÈNE :

⇒ Le bénéficiaire sait-il :

	Seul	Stimulation	Accompagnement
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'essuyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses lacets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaitre le linge sale du propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'essuyer seul après avoir été aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descriptif, si nécessaire :

.....

.....

.....

.....

.....

2. Nature du Handicap

Descriptif :

.....

.....

3. Aptitudes physiques

Le bénéficiaire souffre –t-il de :

⇒ Difficultés visuelles

OUI Non

Si oui, descriptif :

.....

⇒ Difficultés auditives

OUI Non

Si oui, descriptif :

.....

⇒ Difficultés d'élocution

OUI Non

Si oui, par quel moyen de communication s'exprime-t-il ?

.....

.....

Le bénéficiaire est-il en possession d'un appareil

- ✓ Dentaire OUI Non
- ✓ Oculaire OUI Non
- ✓ Auditif OUI Non
- ✓ Respiratoire OUI Non
- ✓ Une prothèse OUI Non
- ✓ Autres : OUI Non

Si oui, descriptif :

.....

.....

.....

Si possible joindre un document explicatif tant au niveau de l'utilisation que de l'entretien ainsi que le matériel adéquat.

⇒ Le bénéficiaire se déplace-t-il en chaise roulante

- OUI Non

Si oui : constamment occasionnellement

Descriptif :

.....

.....

Attention : il faut impérativement un fauteuil pliable

⇒ Le bénéficiaire A-t-il besoin d'une aide physique ou matérielle dans ses déplacements

- OUI Non

Si oui, descriptif :

.....

⇒ Le bénéficiaire Est-il un bon marcheur :

- OUI Non

Nombre de kilomètres en moyenne :

Si oui : rythme lent rythme soutenu

⇒ Le bénéficiaire a-t-il conscience d'un éventuel état de fatigue.

- OUI Non

Descriptif :

.....

⇒ Le bénéficiaire est-il capable de faire du vélo

- OUI Non

Si oui, a-t-il conscience des règles de sécurité ?

.....

Pratique-t-il régulièrement : OUI Non

⇒ Le bénéficiaire est-il à l'aise en milieu aquatique

OUI Non

↳ Est-il autorisé à s'y rendre

OUI Non

↳ Sait-il nager

OUI Non

Si oui, a-t-il besoin d'un dispositif de sécurité : ex (bouée ou autre...) :

.....
.....

↳ En piscine ou en mer :

↳ En petite ou grande profondeur :

Descriptif, si nécessaire :

.....
.....

4. Autonomie

⇒ Le bénéficiaire sait-il lire

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

⇒ Le bénéficiaire sait-il écrire

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

⇒ Le bénéficiaire est-il capable de téléphoner seul

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

Au niveau spatio-temporel :

⇒ Le bénéficiaire se repère-t-il facilement dans un nouvel environnement

OUI Non

Intra Extra muros

↳ S'il se perd, est-il capable demander de l'aide : OUI Non

↳ Est-il sujet à paniquer : OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

⇒ Le bénéficiaire s'adapte-t-il facilement :

↳ Aux changements d'horaire : OUI Non

↳ Aux imprévus : OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

.....

⇒ Le bénéficiaire Comprend-il aisément une consigne simple

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

⇒ Le bénéficiaire est-il capable de rester seul sur le lieu de résidence :

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

⇒ Le bénéficiaire est-il capable d'effectuer une promenade seul :

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

⇒ Le bénéficiaire a-t-il conscience du danger :

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

⇒ Le bénéficiaire est-il capable de gérer son argent de poche :

OUI Non

↳ De manière fractionnée : OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

⇒ Le bénéficiaire est-il capable de prendre des initiatives :

OUI Non

Descriptif, si nécessaire :

Y a-t-il d'autres éléments important non cités ci-dessus ?

.....

5. Comportement social

(Si oui à une de ces questions, quelles sont les attitudes pédagogiques préconisées ?)

⇒ Habitude de sommeil

Descriptif :

⇒ Manifestation agressive verbale OUI Non

Envers : Lui-même les autres

Descriptif :
.....

⇒ Manifestation agressive physique OUI Non

Envers : Lui-même les autres

Descriptif :
.....

⇒ Souffre-t-il d'angoisse

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....

⇒ Automutilation

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....

⇒ Phobie

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....

⇒ Trouble obsessionnel compulsif

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....

⇒ Tendance à fuguer

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....

⇒ Tendance à s'isoler du groupe

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....

⇒ Tendance à la cleptomanie

OUI Non

Si oui, descriptif :
.....



⇒ Quel type de relation le bénéficiaire entretient-il avec :

- Le groupe :
- Les animateurs :
- L'homme :
- La femme :
- Les étrangers :
- Les animaux :
- L'autorité :
- Les consignes :

⇒ Le bénéficiaire est-il en couple ?

OUI Non

Si oui, Nom prénom du partenaire :

↳ Peuvent-ils partager la même chambre : OUI Non

Si oui, précaution particulière ? :

↳ Quel est leur comportement en couple : ex : fusionnel, autonome, possessif, ouvert aux autres,
Descriptif,

.....
.....
.....
.....

Autres informations particulières qui pourraient vous sembler nécessaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Document établi le :

Par :

Fonction :

Signature :

FICHE MEDICALE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Groupe sanguin et rhésus :

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Dossier médical global : OUI Non

Personne à contacter pendant le séjour en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Degré de référence ou lien de parenté :

.....

En cas de rapatriement, la personne sera accueillie à l'adresse reprise dans le cadre

- 1. Bénéficiaire
- 2. Etablissement fréquenté
- 3. Personne à contacter /urgence

INFORMATIONS MÉDICALES :

1. Problème médicale majeur (antécédents médicaux et chirurgicaux)

Descriptif :

.....

.....

.....

Opération chirurgicale, ces trois dernières années.

OUI Non

Si oui, description :

.....

.....

Au besoin, joindre copie du/des document(s)

2. Contre-indications aux activités sportives

OUI Non

Si oui, descriptif :

.....

.....

3. Allergies

OUI (laquelle :) Non

A-t-il des documents à posséder en permanence ?

OUI (dans ce cas joindre copie du/des documents) Non

A-t-il une médication à recevoir ?

OUI (laquelle) Non

4. Ordre de vaccination

OUI Non

Date et type des derniers vaccins,

.....

.....

Joindre, si possible, copie du carnet de vaccinations

5. Epilepsie

OUI Non Stabilisée

Si oui, Le bénéficiaire sent il venir la crise:

.....

Quels peuvent être les facteurs de crise ?

.....

6. Troubles cardiaques

OUI Non

Si oui, détail du traitement :

.....
.....

7. Troubles respiratoires

OUI Non

Si oui, précisez :

.....
.....

Si oui, traitement :

.....
.....

Si oui, attitude :

.....
.....

8. Diabète

OUI Non

Si oui, a-t-il besoin d'injection d'insuline ? OUI..... Non

Les fait-il seul ou par infirmière. SEUL INFIRMIERE

(si régime particulier l'indiquer au point 9)

9. Régime alimentaire particulier

OUI Non

Si oui, description :

- sans sucre
- sans sel
- sans graisse
- autre (à préciser).....

Est-il sujet à une fausse déglutition ? Si oui, descriptif :

.....
.....

10. Consommation d'alcool :

Autorisée..... tolérée interdite

Attitude pédagogique :

.....
.....

11. Consommation de tabac :

OUI Non

Si oui, qu'en est-il de la gestion quotidienne :

.....
.....

12. Enurésie

OUI Non Diurne Nocturne

13. Encoprésie

OUI Non Diurne Nocturne

Port de protection /lange

14. Contraception

OUI Non

Si oui, description :

.....
.....
.....

15. Soins à administrer

INFIRMIER

KINESITHERAPIE

Si oui, une prescription est nécessaire, joindre la prescription

.....
.....

16. Médication (voir feuille en annexe)

Ce traitement a-t-il été modifié récemment ou est-il instauré depuis plus d'un an

OUI Non

Remarque :

.....
.....
.....

Autres informations particulières qui pourraient vous sembler nécessaires :

.....
.....
.....
.....
.....

Document établi le :

Par :

Fonction :

Signature :



ATTESTATION INSTITUTS/PARENTS

DOCUMENT À NOUS RETOURNER EN UNE FOIS (PARTIES SUPÉRIEURES ET INFÉRIEURES, ET RECTO-VERSO)
AU PLUS TARD 15 JOURS AVANT LE DÉPART.

(Aucune rature, ajout, suppression des mentions imprimées ne sera prise en compte)

A REMPLIR PAR LA PERSONNE RESPONSABLE DU BÉNÉFICIAIRE

Je soussigné
agissant en qualité de déclare avoir pris connaissance
des statuts de L'ASBL « Le Gardian » et des règles de fonctionnement de celle-ci
et autorise le responsable* du séjour sous référence, après consultation d'un médecin, en cas d'urgence, à faire donner tous les
soins nécessaires du fait de l'état de santé du bénéficiaire ici nommé :

****le responsable prévu peut être changé pour raisons de service (ou cause majeure)
sans modifier la valeur de l'attestation.***

Bénéficiaire:

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité :

Domicile :

Personne disposant des autorisations nécessaires en matière administrative et médicale :
.....

1. Je déclare prendre en charge l'entière responsabilité concernant l'existence ou non d'une contraception
2. Je m'engage à payer les frais inhérents à toute intervention médicale et à fournir au responsable tous les documents de mutuelle/sécurité sociale, avant le départ ou le jour du départ.
3. Je déclare que toutes les formalités administratives (profil bénéficiaire, fiche médicale, attestation, passeport, visa éventuel) seront remplies, sous peine que l'intéressé ne puisse prendre le départ.
4. J'atteste que les renseignements fournis sur le profil bénéficiaire sont valables (profil nouveau bénéficiaire ou dernière mise à jour, voir verso)
5. L'attestation sera valable 1 jour avant le départ et 1 jour après (ou jusqu'au retour du bénéficiaire, en cas d'empêchement de retour à la date prévue).
6. J'autorise l'utilisation des photos prises pendant le séjour.

Date signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

ATTESTATION MÉDICALE

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné agissant
en qualité de déclare :

1. Que le bénéficiaire (nom, prénom)
est apte à participer au séjour de :
2. Les informations de la fiche médicale sont conformes à la réalité

Date, cachet et signature du médecin traitant

(Tableau médicaments et posologies au verso)

MEDICATION

Nom : Prénom..... :

<u>NOM MEDICAMENT/DOSAGE</u>	<u>A JEUN</u>	<u>DEJEUNER</u>	<u>DINER</u>	<u>GOUTER</u>	<u>SOUPER</u>	<u>COUCHER</u>
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						
<u>Si heure précise, stipulez</u>						

Si médication, en cas d'urgence, descriptif et consigne :

.....

.....

RAPPEL : PRÉVOIR 1 FOIS ½ LA QUANTITÉ NÉCESSAIRE POUR LE SÉJOUR

Attention : L'utilisation de cette fiche de médication est obligatoire (pas de feuilles volantes svp) et ne peut être séparée de l'attestation.

**Le non respect de cette instruction constitue un abandon de recours envers Olé en cas de perte, de suivi, etc....
La posologie doit correspondre fidèlement aux médicaments fournis. Les médicaments se remettent directement aux responsables de séjour, le jour du départ.**

La médication devra être préparée au préalable et conditionnée sous forme de semainier (ou autres systèmes) et être personnalisée.

VEILLEZ A L'EXACTITUDE ET A LA LISIBILITE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS