

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Le ...../...../.....

## I. INFORMATIONS GENERALES

<b>Nom:</b> ..... <b>Prénom:</b> .....		<i>Joindre 2 Photos d'identité récentes</i>
Sexe(M/F) : ..... Date de naissance : ____/____/____		
Nationalité : .....		
Adresse : .....		
Code Postal : ..... Ville : .....		
Téléphone fixe : ..... Portable : .....		
E-mail : .....		
N° de sécurité sociale : .....		
<b>Établissement ou service</b>	<b>Régime de protection juridique</b>	
Le locataire est en établissement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le locataire est-il sous un régime de protection juridique ? Non <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/>	
Si oui, type (Foyer, SAVS, FAM, MAS..) : .....	Nom de la personne responsable: .....	
Nom: .....	Fonction : .....	
Adresse: .....	Organisme éventuel : .....	
CP: ..... Ville : .....	Adresse : .....	
Téléphone: .....	Code Postal : ..... Ville: .....	
Fax: .....	Téléphone: .....	
E-mail: .....	Fax: .....	
Personne référente: .....	E-mail:.....	
Fonction: .....		
Association gestionnaire : .....		
.....		

## II. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

*L'objectif de cette partie est d'avoir des précisions sur l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne du locataire, afin de nous adapter à ses aptitudes et à ses besoins.*

### Hygiène

Aller aux toilettes : Oui  assisté  Non       Enurésie:                      diurne  nocturne  Non   
Se laver :                      Oui  assisté  Non       Encoprésie:                  diurne  nocturne  Non   
Se raser :                      Oui  assisté  Non       Porte des protections: diurne  nocturne  Non   
S'habiller :                    Oui  assisté  Non

Autres précisions : .....

.....

.....

.....

### Sommeil

Fait la sieste :                Oui                       Non       Heure habituelle de coucher du locataire: .....

Se lève la nuit :              Oui                       Non       Heure habituelle de réveil du locataire:.....

Peut avoir des angoisses/insomnies: Oui  Non

Autres précisions (rituel spécifique à respecter, passage de professionnel, etc..) : .....

.....

.....

.....

## Repas

A besoin d'aide pour les repas : Oui  Non   
- Couper ses aliments : Oui  Non   
- Mange mixé ou pré-haché : Oui  Non   
Café: Oui  Non

*Si la personne suit un régime alimentaire, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.*

Précisions (habitudes pendant les repas, etc.): .....

## Alcool et tabac

*Il ne s'agit en aucun cas d'une incitation à la consommation : pour ceux dont l'autonomie et l'âge le permet, ceci constitue un supplément de renseignements concernant les habitudes du locataire.*

**Alcool autorisé :** Oui  Non   
- Bière, vin, cidre : Oui  Non   
- Alcool fort (apéritifs et digestifs) : Oui  Non   
- Consignes éventuelles : .....

**Fume :** Oui  Non   
- Le fait gérer par un professionnel ? : Oui  Non   
- Consignes éventuelles : .....

## Déplacements

Lors des **déplacements à pieds**, le locataire est conscient du danger lié à la circulation: Oui  Non   
Consignes éventuelles : .....

Supporte les longues distances : Oui  Non   
A le mal des transports : Oui  Non   
Symptômes : .....

Le locataire 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.):.....

*Si les maux de transport induisent une prise de médicaments, veuillez-vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.*

### Capacités physiques :

Monte et descend les escaliers :  
Oui  accompagné  Non   
Peut marcher : + d'1 h  1h  - de 1h   
Rythme : dynamique  modéré  lent

Gestion des **affaires personnelles** :  
Oui  assisté  Non

Béquilles, cannes, déambulateur : Oui  Non

Fauteuil roulant : Oui  Non

*Si oui, veuillez-vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.*

Le locataire fait-il gérer son **argent personnel** par un professionnel ? Oui  Non

Habitudes d'achat : .....

### Téléphone :

Le locataire sait téléphoner : 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 locataire ainsi que son comportement au sein d'un collectif.*

### Communication

Langage verbal: Oui  Non   
Langage gestuel: Oui  Non   
Utilise des pictogrammes: Oui  Non

**Comprend** facilement ce qu'on lui dit : Oui  Non   
Ecrire : Oui  assisté  Non   
Lire: Oui  Non

Consignes éventuelles pour faciliter la communication:

.....

## Comportement au sein d'un groupe

### Connaissance de la vie en collectivité:

Le locataire a-t-il l'habitude d'évoluer au sein d'un collectif ? Oui  Non

### Attitude au sein d'un collectif:

A l'habitude de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas ? Oui  Non

### Participation dans les actes collectifs:

Participe aux actes de la vie quotidienne: Oui  Non

A besoin d'être sollicité :

Oui  Non

Est déjà parti en séjour adapté ou en transfert avec

son établissement ? Oui  Non

- si oui, retour d'expérience : .....

Tâches habituelles (cuisine,ménage...) : .....

.....

.....

.....

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 locataire (capacité à se repérer dans l'espace, réaction face aux imprévus...) afin d'adapter au mieux son environnement et son accompagnement.*

### Orientation spatiale

Orientation aisée dans un lieu inconnu : Oui  Non  Peut demander son chemin : Oui  Non

A l'habitude de sortir seul :

Oui  Non

A l'habitude de rester seul : Oui  Non

### Comportement

#### Comportement général

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

**Angoisse** : 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 et les précautions à prendre (stimulation, préparation à l'activité etc...).

### Activités pratiquées

**Nage** : Oui  Non

- met la tête sous l'eau : Oui  Non

- sait nager là où il n'a pas pied : Oui  Non

**Autorisé à la baignade** :

- sous surveillance: Oui  Non

- en mer : Oui  Non

- en piscine : Oui  Non

**Vélo** : Oui  Non

- sur la voie publique : Oui  Non

**Monter à cheval** : Oui  Non

Quelles sont les activités de loisirs favorites (sportives, artistiques...) et celles à éviter?

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

### 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  Non

Recherche la présence:

- du groupe : Oui  Non

- de l'équipe d'animation: Oui  Non

La personne possède-t-elle un objet préféré ?

.....

Si vous souhaitez approfondir certains aspects ou apporter des précisions que vous jugez utiles pour favoriser l'accueil du locataire (possibilité de joindre un rapport écrit):

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

### Droit à l'image

Si vous ne souhaitez pas que l'association « Azelyte » utilise l'image du locataire dans ses publications ou catalogues à venir, merci de cocher cette case :

Je soussigné Mme, Mlle, Mr : ..... agissant en qualité de .....certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières d'inscription de l'association « Azelyte » les accepte et autorise la présente personne à adhérer à l'association. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets. **L'association décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû a un fait Non communiqué ou falsifié.**

D'autre part, en accord avec un médecin, j'autorise l'association « Azelyte » à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du locataire y compris la mise en œuvre de tout traitement ou d'intervention reconnus médicalement urgentes.

Fait à ..... le .....

Signature :