

PREINSCRIPTION

2017-2018

NOM et Prénom du jeune :

Date de naissance :

Dossier rempli le :

Dossier rempli par (NOM Prénom) :

Fonction :

Tel :

E-mail :

Séjour(s) souhaité(s)			
Code séjour	Date début	Date fin	Option transport Ville de départ souhaitée

Dossier à compléter pour les jeunes n'ayant pas déjà participé à un séjour AVENIR depuis le 01/07/2017 *
et à retourner par mail : infos@avenir-vacances.org
ou par fax : 09.89.36.22.59



* Pour les jeunes ayant déjà fait l'objet d'une pré-inscription cette année, merci de nous préciser uniquement toute modification utile (coordonnées, événement récent, état de santé, évolution de comportement ou d'autonomie, changement d'établissement ou de référent...)

Notez bien
notre nouvelle
adresse postale

Animation et Vacances au service de l'Education – AVENIR
2 bis rue Abbé Pierre Arnaud – 85170 ST DENIS LA CHEVASSE
E-mail : infos@avenir-vacances.org – Tel : 09 84 36 22 59 – Fax : 09 89 36 22 59

Association Loi 1901 – SIRET 801 345 398 00011 – Immatriculation au Registre des Opérateurs de Voyages et de Séjours IM085150003.
Garantie financière CIC, 2 avenue J-C Bonduelle, 44000 NANTES. Assurance RC 3824821D MAIF, 200 avenue S. Allende, 79000 NIORT.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Participant au séjour

NOM	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° allocataire CAF
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Responsable légal du Jeune (1)

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
Adresse				
Code postal	Ville			
Téléphone 1	Téléphone 2			
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune			

Responsable légal du Jeune (2)

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
Adresse				
Code postal	Ville			
Téléphone 1	Téléphone 2			
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune			

Etablissement du Jeune

NOM Institution	<input type="checkbox"/> MECS <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Autre :		
NOM référent	Fonction		
Adresse			
Code postal	Ville		
Téléphone	Télécopie		
E-mail			

Référent ASE / MDPH

Organisme	<input type="checkbox"/> ASE <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Autre :		
NOM référent	Fonction		
Adresse			
Code postal	Ville		
Téléphone	Télécopie		
E-mail			

Autonomie du Jeune (se référer au tableau du CNLTA du catalogue AVENIR)

Facturation

AUTONOMIE	PHYSIQUE	COMPORTEMENT	COMMUNICATION	Nom ou Organisme	
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Coordonnées précises de facturation Section, service, territoire Adresse complète CP et VILLE	
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3		
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 4				
				Référent comptabilité (NOM, Prénom, téléphone, e-mail)	



PRESENTATION DU JEUNE

NOM et prénom du jeune :

Date de naissance :

Descriptif physique :



Jeune en situation de handicap : OUI NON
 Si OUI, préciser (pathologie, handicap) :

Orientation MDPH : ITEP IME AVS Autre, précisez :

Caractère, comportements habituels ou spécifiques (habitudes, rituels) :

COMMUNICATION

Compréhension :

Langage parlé (français)	<input type="checkbox"/> Phrases <input type="checkbox"/> Autre langue	<input type="checkbox"/> Mots simples	<input type="checkbox"/> Aucune compréhension	
Communication gestuelle	<input type="checkbox"/> LSF	<input type="checkbox"/> Makaton	<input type="checkbox"/> Autre :	
Communication avec support	<input type="checkbox"/> Lecture	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Objets	<input type="checkbox"/> Autre :

Langage / Expression :

Langage parlé (français)	<input type="checkbox"/> Phrases <input type="checkbox"/> Autre langue	<input type="checkbox"/> Mots simples	<input type="checkbox"/> Echolalies	<input type="checkbox"/> Aucun
Communication gestuelle	<input type="checkbox"/> LSF	<input type="checkbox"/> Makaton	<input type="checkbox"/> Autre :	
Communication avec support	<input type="checkbox"/> Ecriture	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Objets	<input type="checkbox"/> Autre :



RELATIONS

Relations aux autres jeunes :

Relations aux adultes :

Troubles du comportement :

	Préciser (antécédents, risques, conduite à tenir...)
◇ Violence physique	
◇ Violence verbale	
◇ Automutilation	
◇ Dégradation de matériel	
◇ Vol / Racket	
◇ Fugues	
◇ Autre, précisez :	

Addictions :
(Détaillez)

◇ Tabac	◇ Cannabis	◇ Autre drogue :	◇ Alcool	◇ Autre :
---------	------------	------------------	----------	-----------

Sexualité :

Peut partager sa chambre avec un autre jeune : ◇ OUI ◇ NON + Points d'attention :

Autres risques non-définis ci-dessus :

VIE QUOTIDIENNE

Sommeil	OUI	NON	Heure	Habitudes / Rituels
Fait la sieste	◇	◇		
Se couche de lui-même	◇	◇		
Se réveille la nuit	◇	◇		
Se réveille de lui-même le matin	◇	◇		
Rituels spécifiques Commentaires				

Propreté	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Va au WC	◇	◇	◇	◇	◇
S'essuie	◇	◇	◇	◇	◇
Tire la chasse d'eau	◇	◇	◇	◇	◇
Est énurétique	◇ Le jour	◇ La nuit	Commentaires :		
Est encoprésique	◇ Le jour	◇ La nuit			
Porte des protections	◇ Le jour	◇ La nuit			

Hygiène	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Fait sa toilette	◇	◇	◇	◇	◇
Se brosse les dents	◇	◇	◇	◇	◇
Règle température eau	◇	◇	◇	◇	◇
S'essuie	◇	◇	◇	◇	◇
S'habille	◇	◇	◇	◇	◇
Met ses chaussures	◇	◇	◇	◇	◇
Fait ses lacets	◇	◇	◇	◇	◇
Se déshabille	◇	◇	◇	◇	◇
Rituels spécifiques Commentaires					

VIE QUOTIDIENNE

Repas	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Mange	◇	◇	◇	◇	◇
Boit	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise une cuillère	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise une fourchette	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise un couteau	◇	◇	◇	◇	◇
Choisit	◇	◇	◇	◇	◇
Accessoires utilisés	◇ Couverts adaptés	◇ Rebord d'assiette	◇ Verre adapté	◇ Autre :	
Consistance du repas	◇ Normal	◇ Haché	◇ Mixé		
Régime alimentaire (médical / allergies)					
Rituels spécifiques Commentaires					

ACTIVITES

Activités préférées :	Activités les moins appréciées :
-----------------------	----------------------------------

Habitudes ou rituels spécifiques, transistions, transports etc :

NOM et prénom du jeune

ACTIVITES		Participe	Ne participe pas	Je ne sais pas	Remarques
A R T	Coloriage	◇	◇	◇	
	Dessin	◇	◇	◇	
	Peinture	◇	◇	◇	
	Pâte à modeler	◇	◇	◇	
	Jouer de la musique	◇	◇	◇	
D E T E N T E	Écouter de la musique	◇	◇	◇	
	Danser	◇	◇	◇	
	Jeux de société	◇	◇	◇	
	Jeux d'eau	◇	◇	◇	
	Activité avec animaux	◇	◇	◇	
	Pêche	◇	◇	◇	
	Faire une cabane	◇	◇	◇	
S P O R T	Marcher	◇	◇	◇	
	Courir	◇	◇	◇	
	Trampoline	◇	◇	◇	
	Jeux de ballon	◇	◇	◇	
	Vélo / tricycle	◇	◇	◇	
	Baignade	◇	◇	◇	
	Kayak	◇	◇	◇	
A U T O N O M I E	Choix activités	◇	◇	◇	
	Faire les courses	◇	◇	◇	
	S'orienter	◇	◇	◇	
	Faire la cuisine	◇	◇	◇	
C O M M E N T A I R E S					

NOM et prénom du jeune

Date : / /

TRAITEMENTS MEDICAUX

Heure (à préciser le cas échéant)	Médicament	Posologie	Méthode de distribution et/ou Rituel
8h			
12h			
16h30			
19h			
21h30			
Traitement d'urgence			

JOINDRE IMPERATIVEMENT LES ORDONNANCES

*Les médicaments devront être fournis dans un pilulier déjà préparé
pour toute la durée du séjour, 1er et dernier jours compris.*

