

Dossier du participant

- ★ Outil : Ce dossier est l'outil de travail principal du moniteur référent du participant.
Nous vous remercions de transmettre le maximum d'informations utiles pour son accompagnement.
- ★ Confidentialité : Ce dossier restera confidentiel. Il sera conservé au secrétariat général de l'association et mis à disposition des responsables pour la préparation du loisir ou du camp, puis du moniteur référent du participant.
- ★ Actualisation : lors d'une modification dans l'accompagnement ou le suivi du participant, merci de nous en faire part : à camps@insiemevaud.ch.
- ★ Par souci de lisibilité, le masculin est utilisé comme générique dans ce document.

1. Présentation du participant

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nationalité :	Sexe : F M	
Lieu de vie : chez parents/proches	en institution	mi-temps parents/institution
seul/appart. Protégé/couple		
Adresse lieu de vie :	NPA/Localité:	
Tél. maison :	Tél. institution :	Tél. Lieu de vie :
E-mail principal :	E-mail 2 :	
En quelques mots, décrivez le participant, pour un moniteur qui le découvre pour la première fois :		Insérez svp une jolie photo du participant (ou nous l'envoyer par mail)

2. Assurances/médecin

Assurance maladie		
Nom de la caisse :	Adresse de la caisse :	N°assuré :
Assurance accident		
Nom de la caisse :	Adresse de la caisse :	N°assuré :
Responsabilité civile		
Nom de la caisse :	Adresse de la caisse :	N°assuré :
Cette assurance est obligatoire pour couvrir les dégâts éventuels causés par les participant-e-s durant les séjours		
Médecin traitant actuel		
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Adresse : NPA/localité :		

3. Handicap

- Diagnostic/Description :

- Degré d'impotence (selon l'AI) : aucune faible moyenne importante demande en cours

- Troubles psychiques : oui non Troubles du comportement : oui non

- Mobilité/déplacements : seul avec soutien béquilles/déambulateur chaise roulante

- Moyens auxiliaires : lunettes lentilles appareils auditifs Prothèse orthopédiques Prothèse dentaire Assistance respiratoire

Explications : (si besoin d'un protocole, merci de nous le joindre)

- Maladie : épilepsie (joindre protocole) diabète (joindre protocole) autre :

- Allergies/Intolérances :

Les informations complémentaires pourront être apportées dans les points suivants ou dans la fiche urgence/médical.

4. Communication

Verbale

Langue maternelle : _____

Autre langue connue : _____

Le participant est capable de lire écrire.

Non-verbale

Outils utilisés : Langage gestuel

Pictogrammes support électronique autre :

→ Outils à fournir svp pour le séjour

Donnez svp quelques pistes pour favoriser la communication avec le participant :

5. Entourage

Personnes importantes (ou animaux, etc.) qui constituent l'entourage proche du participant, dont il pourrait parler :

-
-
-
-
-

6. Vie sociale

Intégration facile dans un nouveau groupe : oui non

Lors de nouvelles rencontres, comment cela se déroule :

Raisons générales de potentiels conflits avec d'autres participants :

Comment les désamorcer :

→ en cas de troubles du comportement : compléter le point « 13. Psychique »

7. Affectivité et sexualité

Informations à connaître dans ce domaine, afin de prévenir d'éventuelles situations à risque/problématiques en camps :

Participant en couple : oui non. Si oui, précisez si cela a une incidence dans les camps et quel est le cadre.

8. Chambre

Le participant a besoin d'une chambre individuelle pour les raisons suivantes :

9. Sommeil

Coucher : Heures habituelles :

Rituels (habitudes, objets, etc) :

Lever : Heures habituelles :

Rituels (habitudes, objets, etc) :

Sieste : oui non parfois

Nuit : Le participant se réveille la nuit souvent parfois rarement.

Précautions utiles :

10. Hygiène

Douche autonome guidance verbale aide complète

le matin le soir c'est égal

Brossage des dents autonome guidance verbale aide complète

Rasage autonome guidance verbale aide complète

Coiffage autonome guidance verbale aide complète

Habillage autonome guidance verbale aide complète

Choix des habits autonome besoin d'aide

WC autonome guidance verbale aide complète

- Se lève la nuit pour aller aux toilettes oui non doit être accompagné

Incontinence Urines : jour nuit utilise protections

Selles : jour nuit utilise protections

tendance à la constipation tendance à la diarrhée

Si vous avez besoin d'un suivi des selles durant le séjour du participant, veuillez cocher cette case

Menstruations: oui non - autonome guidance verbale aide complète

Particularités pour l'hygiène :

11. Alimentation

Mange seul besoin d'aide aide complète :

Régime alimentaire/intolérances : oui non – précisez :

Allergies alimentaires :

Aliments préférés :

Aliments et boissons habituels du petit-déjeuner :

Adultes : Boit du café : oui non Boit de la bière ou du vin (sous vigilance) oui non Cigarettes : gestion autonome oui non
quelle limite :

12. Habitudes

Argent de poche : gestion autonome oui non - si oui, quelle somme :

Téléphone portable/tablette : gestion autonome oui non, quelle limite :

Tablette indispensable pour communiquer : oui non

Phobies :

Comment y réagir :

Manies :

Comment y réagir :

Rituels rassurants / objets préférés :

Comment les utiliser :

Interdictions :

13. Psychique

Le participant peut présenter : Angoisses Troubles psychiques Troubles du comportement Autre :

Le participant peut-il avoir des actes de violence : oui non

envers lui-même envers autrui envers des objets

Autre :

Actuellement le participant est stabilisé : oui non

Depuis combien de temps :

Description d'une crise type :

Fréquence :

Durée :

Circonstances pouvant favoriser une crise :

Signes annonciateurs du comportement :

Attitude à adopter en prévention d'une crise :

Attitude appropriée pendant une crise :

Utilisation d'une médication de réserve en cas de crise : oui non - en prévention pendant la crise après la crise

Peut-on discuter de la médication de réserve avec le participant ? oui non

Comment l'administrer :

14. Loisirs

Marche : le participant se fatigue vite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, au bout de combien de temps :	Nage : Le participant aime l'eau <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sait nager <input type="checkbox"/> avec manchons <input type="checkbox"/> sans avoir pied Précautions :				
Cocher les activités préférées :					
Educatifs : <input type="checkbox"/> puzzles	<input type="checkbox"/> jeux de société	<input type="checkbox"/> jeux de cartes	<input type="checkbox"/> autre :		
Créatifs : <input type="checkbox"/> peinture	<input type="checkbox"/> bricolage	<input type="checkbox"/> modelage	<input type="checkbox"/> autre :		
Détente : <input type="checkbox"/> bains thermaux	<input type="checkbox"/> relaxation	<input type="checkbox"/> massages	<input type="checkbox"/> maquillage	<input type="checkbox"/> tablette	<input type="checkbox"/> autre :
Expressifs : <input type="checkbox"/> théâtre	<input type="checkbox"/> contes	<input type="checkbox"/> musique	<input type="checkbox"/> danse	<input type="checkbox"/> autre :	
Extérieurs : <input type="checkbox"/> promenades	<input type="checkbox"/> concerts	<input type="checkbox"/> spectacles	<input type="checkbox"/> musées	<input type="checkbox"/> autre :	
Sportives : <input type="checkbox"/> randonnées	<input type="checkbox"/> équitation	<input type="checkbox"/> vélo	<input type="checkbox"/> voile	<input type="checkbox"/> piscine	<input type="checkbox"/> autre :
Activité préférée/apaisante :					

15. Sécurité

Déplacements Au quotidien, le participant est capable de se déplacer/s'orienter seul : <input type="checkbox"/> dans l'institution <input type="checkbox"/> en ville <input type="checkbox"/> en lieu inconnu Mal des transports : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tendance à la fugue ou à disparaître : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dans quelles circonstances :	Notion du danger : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précautions à prendre :
Disparition : En cas de disparition, le participant est capable de : <input type="checkbox"/> demander de l'aide <input type="checkbox"/> téléphoner <input type="checkbox"/> rentrer <input type="checkbox"/> autre :	

16. Taux d'encadrement

Au quotidien dans son lieu de vie, quel est le besoin en taux d'encadrement pour le participant :

1 personne exclusive 1 personne pour 2 participants 1 personne pour 3 participants

Ce taux vous semble-t-il adéquat pour les camps : oui non

17. Droit à l'image

Sauf avis contraire du représentant légal du participant transmis par écrit à l'association, nous nous permettons d'utiliser les images et vidéos des personnes prises pendant les loisirs.

18. Compléments de dossier

Afin de tenir ce dossier à jour, merci de nous faire

parvenir : Eventuels protocoles (épilepsie, diabète, etc.)
 Documents courants valables (photo-portrait, carte identité, carte AI-AVS, décision AI (allocation impotence), carte légitimation voyageur CFF, carnet vaccination si disponible)

30 jours avant le séjour, des informations complémentaires (convocation du séjour et fiche d'urgence vierge) vous seront envoyées par courrier. Merci de les compléter et de nous renvoyer la fiche d'urgence dans les 20 jours avant l'activité.

Dossier rempli par (nom, prénom) :

Lien avec le participant :

Lieu et date :

