



RACONTEZ-NOUS COMMENT VIT VOTRE ENFANT

REPAS

Votre enfant	Refuse-t-il certains aliments? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> ne sait pas couper sa viande	Si oui, lesquels?
<input type="checkbox"/> mange avec une cuillère	A-t-il un régime particulier à suivre? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> mange avec une fourchette	Merci d'expliquer en annexe.
<input type="checkbox"/> utilise du matériel particulier Si oui, lequel?	Durée moyenne du repas principal:
<input type="checkbox"/> est autonome et mange tout à fait seul	Remarques:
<input type="checkbox"/> a besoin d'aide <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> partielle pour manger
Expliquez:

HYGIENE ET TOILETTE

Votre enfant se lave:	Faut-il l'accompagner? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> entièrement seul	Est-il sujet à la constipation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> avec un suivi partiel	Est-il sujet à la diarrhée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> avec l'aide de quelqu'un	Que faites-vous dans ce cas?
Votre enfant s'habille:	Votre fille risque-t-elle d'être réglée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> entièrement seul	Si oui, un accompagnement sera-t-il nécessaire?
<input type="checkbox"/> avec un suivi partiel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> avec l'aide de quelqu'un	Remarques:
Porte-t-il des langes?
<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> uniquement la nuit <input type="checkbox"/> toute la journée
Décide-t-il seul d'aller aux toilettes? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

LOISIRS

Quelles sont ses activités favorites?	Sait-il lire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ecrire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	Aime-t-il se baigner? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
.....	Sait-il nager? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
.....	A-t-il facilement peur des animaux? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
.....	Sait-il rouler à vélo? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Existe-t-il des activités ou sports qu'il ne veut pas faire?	Peut-il monter à cheval? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
.....	Est-il déjà monté à cheval? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
.....	Si oui, <input type="checkbox"/> de façon occasionnelle <input type="checkbox"/> a suivi des cours	
.....	Si non, contre-indication	
.....	Remarques:	
.....	
.....	
Combien de temps peut-il se consacrer à une activité?		
<input type="checkbox"/> 10 min <input type="checkbox"/> 20 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> 1 heure <input type="checkbox"/> 2 heures		

COMPORTEMENT

Fugue-t-il? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A-t-il des habitudes? (objet, attitude qui le rassure,...)
A-t-il conscience des dangers? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Expliquez
Est-il vite fatigué? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A-t-il parfois peur? De quoi?
Comment rassurer votre enfant?

AIDEZ-NOUS A CONNAITRE VOTRE ENFANT !

Ce document est un élément primordial de sécurité pour le coordinateur et pour l'enfant lui-même, pour que soient prises en compte ses limites et son état de santé, ainsi que pour pouvoir lui apporter les soins nécessaires en cas de besoin et l'encadrer au mieux. C'est la raison pour laquelle nous n'accepterons une inscription qu'après avoir reçu ces quatre pages dûment complétées. Les informations qui y sont reprises seront utilisées par le coordinateur du séjour qui veillera à les garder confidentielles.

Vos données personnelles seront traitées par l'ASBL Jeunesse & Santé dans le cadre du règlement général sur la protection des données. Nous avons toutefois besoin de récolter une vignette et le numéro national de votre enfant dans le cadre d'une éventuelle gestion de soins et/ou dans le cadre d'une prise en charge globale au sein de nos activités.



(A compléter en majuscules, merci!)

DEMANDE D'INSCRIPTION

Lieu de séjour: du au

Régionale J&S qui anime le séjour :

Nom de l'enfant:

Prénom:

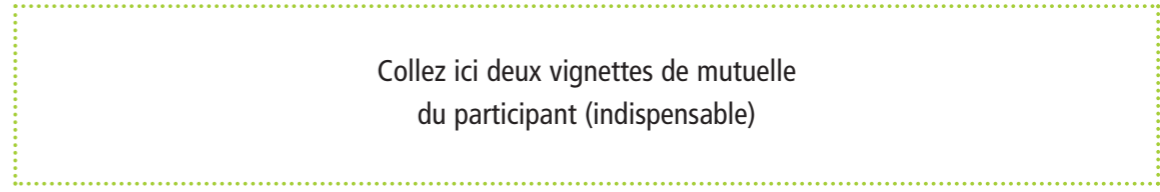
Date de naissance: Fille Garçon

Votre enfant a-t-il déjà participé à un séjour avec J&S? oui non

Si oui, quelle est la date de sa dernière participation?

Est-il inscrit à d'autres séjours? oui non

Si oui, lequel? (date et lieu)



Je soussigné déclare demander l'inscription de la personne précitée.
Les informations fournies ci-après sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.

Je soussigné donne procuration au coordinateur du séjour pour prendre en mon nom les mesures d'ordre médical qui s'avèreraient nécessaires. Au préalable, le coordinateur du séjour aura tenté de prendre contact avec moi-même et/ou avec le médecin traitant.

Nom et prénom du signataire:

Fonction: (parents, tuteur légal,...)

Téléphone: GSM:

Date: Signature:

Nous vous remercions de répondre à ce long questionnaire. Il nous sera précieux. N'hésitez pas à le compléter d'annotations ou d'un feuillet complémentaire! Si vous le désirez, vous pouvez prendre contact avec le coordinateur avant le séjour pour l'informer au mieux de la personnalité de votre enfant. Merci de nous tenir au courant de l'évolution de l'état de santé de votre enfant entre son inscription et le départ en séjour. N'hésitez pas à téléphoner à la régionale J&S qui anime le séjour.



DOSSIER MEDICAL A REMPLIR AVEC L'AIDE DU MEDECIN TRAITANT



SANTE

Quel est le diagnostic précis du handicap de l'enfant?

de diabète?
 d'une maladie du coeur?
 d'asthme?
 d'une autre maladie?

A-t-il besoin de soins paramédicaux? (sondage, appareillages, etc.) - Si oui, détaillez-en la nature et la fréquence!

Y a-t-il des activités contre-indiquées? Si oui, lesquelles?

Souffre-t-il :
 d'épilepsie?
 - quelle est la fréquence des crises?
 - de quand date sa dernière crise?

A-t-il reçu le vaccin antitétanique? Oui Non
 De quand date le dernier rappel?

Souffre-t-il d'allergies? Oui Non
 Si oui, à quoi?

En cas de crise, merci d'expliquer en annexe comment réagir

SENSIBILITE

A-t-il des problèmes de vue? Oui Non Remarques:

Porte-t-il des lunettes? Oui Non

A-t-il des problèmes d'ouïe? Oui Non Quelle est sa taille?

Porte-t-il un appareil auditif? Oui Non Quel est son poids?

A-t-il une autre difficulté sensorielle?

Quelle est sa pointure?

MEDICATION

Nom des Médicaments	DOSES				
	MATIN	MIDI	16H00	SOUPER	COUCHER

Merci de mentionner le moment du repas (Avant / Pendant / Après).

Doit-il prendre un médicament spécifique dans certaines circonstances? Oui Non
 Si oui, expliquez!

Est-il allergique à certains médicaments? Oui Non
 Si oui, lesquels? (dénomination précise)

Nom et adresse du service infirmier traitant:

Remarques complémentaires:

Veillez nous fournir suffisamment de médicaments pour toute la durée du séjour et les remettre en mains propres à l'infirmier ou au responsable avant le départ. Toute modification de traitement par rapport à la présente devra impérativement être attestée par un médecin.

Je soussigné, Docteur

médecin traitant de la personne précitée, déclare avoir pris connaissance des données ci-dessus et certifie que ces renseignements sont exacts et complets.

Date et signature:

Numéro de téléphone:

(cachet du médecin obligatoire)

RACONTEZ-NOUS COMMENT VIT VOTRE ENFANT



LIEUX DE VIE

Où l'enfant vit-il? parents/grands-parents/institution/... ..

• Personne de contact?

Adresse (courrier):

Tél./GSM:

En cas d'absence, personne à contacter:

Tél./GSM:

• Si l'enfant vit habituellement dans un établissement spécialisé:
 Nom de l'établissement:

Adresse:

Tél./GSM:

Nom de la personne responsable de l'enfant:

• Nom de l'école:

Enseignement ordinaire spécial

Adresse:

Tél./GSM:

COMMUNICATION

Est-il fréquemment en contact avec d'autres enfants? (frères ou soeurs, institution, école,... expliquez)

Utilise-t-il un code particulier? Si oui, lequel?

A-t-il des difficultés de compréhension? Oui Non

Remarques:

A-t-il des difficultés d'expression? Oui Non

Se fait-il comprendre par:
 des phrases des gestes autres

MOTRICITE

Marche-t-il sans aide? Oui Non

Si non, utilise-t-il :
 des béquilles des cannes un rotator
 à l'intérieur oui non pas toujours
 à l'extérieur oui non pas toujours

une voiturette manuelle électrique un tricycle
 à l'intérieur oui non pas toujours
 à l'extérieur oui non pas toujours

une autre adaptation (prothèse, casque,... détaillez)

Est-il: gaucher droitier

Quelle durée ou quelle distance peut-il parcourir lors d'une promenade?

A-t-il des troubles de l'équilibre (chutes fréquentes)? Oui Non

Remarques:

SOMMEIL

Vers quelle heure va-t-il se coucher?

A-t-il une habitude avant le coucher ou pendant la nuit? Si oui, laquelle?

Faut-il le réveiller au cours de la nuit? oui non
 Si oui, pourquoi?

Faut-il le surveiller pendant la nuit? oui non

A-t-il des troubles du sommeil?
 somnambulisme cauchemars autres

A-t-il besoin d'adaptations particulières autour de son lit?

Remarques:

A-t-il une position de prédilection? Si oui, laquelle?

Se lève-t-il la nuit? Oui Non