



## RACONTEZ-NOUS COMMENT VIT VOTRE ENFANT

### REPAS

Votre enfant

ne sait pas couper sa viande

mange avec une cuillère

mange avec une fourchette

utilise du matériel particulier Si oui, lequel? .....

est autonome et mange tout à fait seul

a besoin d'aide  totale  partielle pour manger

Expliquez: .....

Refuse-t-il certains aliments?  oui  non

Si oui, lesquels? .....

A-t-il un régime particulier à suivre?  oui  non

Merci d'expliquer en annexe.

Durée moyenne du repas principal: .....

Remarques: .....

### HYGIENE ET TOILETTE

Votre enfant se lave:

entièrement seul

avec un suivi partiel

avec l'aide de quelqu'un

Votre enfant s'habille:

entièrement seul

avec un suivi partiel

avec l'aide de quelqu'un

Porte-t-il des langes?

jamais  uniquement la nuit  toute la journée

Décide-t-il seul d'aller aux toilettes?  oui  non

Faut-il l'accompagner?  oui  non

Est-il sujet à la constipation?  oui  non

Est-il sujet à la diarrhée?  oui  non

Que faites-vous dans ce cas? .....

Votre fille risque-t-elle d'être réglée?  oui  non

Si oui, un accompagnement sera-t-il nécessaire?  oui  non

Remarques: .....

### LOISIRS

Quelles sont ses activités favorites?

.....

.....

.....

.....

Existe-t-il des activités ou sports qu'il ne veut pas faire?

.....

.....

.....

.....

Combien de temps peut-il se consacrer à une activité?

10 min  20 min  30 min  1 heure  2 heures

Sait-il lire?  oui  non Ecrire?  oui  non

Aime-t-il se baigner?  oui  non

Sait-il nager?  oui  non

A-t-il facilement peur des animaux?  oui  non

Sait-il rouler à vélo?  oui  non

Peut-il monter à cheval?  oui  non

Est-il déjà monté à cheval?  oui  non

Si oui,  de façon occasionnelle  a suivi des cours

Si non, contre-indication .....

Remarques: .....

## COMPORTEMENT

Fugue-t-il?  oui  non

A-t-il conscience des dangers?  oui  non

Est-il vite fatigué?  oui  non

A-t-il parfois peur? De quoi? .....

Comment rassurer votre enfant? .....

A-t-il des habitudes? (objet, attitude qui le rassure,...)

Expliquez .....

## 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.



Photo d'identité

(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: .....

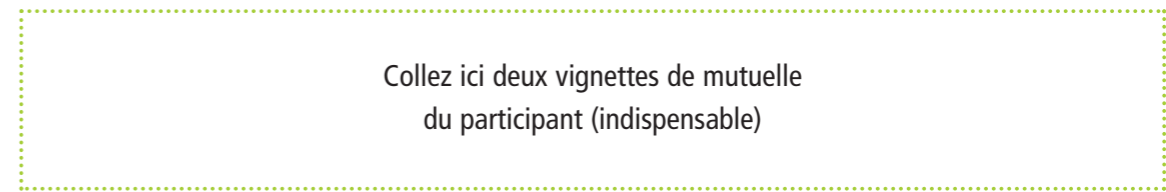
Date de naissance: .....  Fille  Garçon

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) .....



Collez ici deux vignettes de mutuelle du participant (indispensable)

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?  
.....  
.....  
.....

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

Souffre-t-il :  
 d'épilepsie?  
- quelle est la fréquence des crises?  
- de quand date sa dernière crise?  
En cas de crise, merci d'expliquer en annexe comment réagir

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

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

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? .....

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)  
.....

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

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

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

A-t-il des difficultés de compréhension?  Oui  Non  
Remarques: .....

MOTRICITE

Marche-t-il sans aide?  Oui  Non une autre adaptation (prothèse, casque,... détaillez) .....

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

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? .....

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

Se lève-t-il la nuit?  Oui  Non

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: .....