



www.vision-berbere.com
E-mail: contact@vision-berbere.com

QUI ÊTES VOUS ?

Afin de préparer et d'organiser votre séjour selon vos envies et de veiller à vos besoins, il nous semble pertinent de nous communiquer les renseignements suivants :

Nom :

Prénom :

Age : Séjour :

Souhaitez-vous partir en couple ? ☐ oui ☐ non Avec qui ? :

VIE QUOTIDIENNE

EN CE QUI CONCERNE VOTRE COMMUNICATION :

Savez-vous lire ? ☐ oui ☐ non Savez-vous écrire ? ☐ oui ☐ non Savez-vous téléphoner seul ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous des difficultés d'élocution ? ☐ oui ☐ non

POUR VOS ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE :

En ce qui concerne :	La toilette :	☐ seul	☐ à stimuler	☐ accompagner
	Les repas :	☐ seul	☐ à stimuler	☐ accompagner
	S'habiller :	☐ seul	☐ à stimuler	☐ accompagner

VOTRE ALIMENTATION ET CONSOMMATION :

Suivez-vous un régime alimentaire ? ☐ oui ☐ non

Quels sont les aliments formellement interdits ?

Quels sont les aliments à déconseiller ?

Pouvez-vous boire de l'alcool ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous besoin d'être aidé dans votre consommation ? ☐ oui ☐ non

Pouvez-vous prendre des excitants ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous besoin d'être aidé dans votre consommation ? ☐ oui ☐ non

Fumez-vous ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous besoin d'être aidé dans votre consommation ? ☐ oui ☐ non

Remarques :

QUELS SONT VOS CENTRES D'INTERETS :

La nature : ☐ oui ☐ non Le sport : ☐ oui ☐ non Les jeux : ☐ oui ☐ non

La danse : ☐ oui ☐ non Les visites et les spectacles : ☐ oui ☐ non

La baignade : Aimez-vous nager ? ☐ oui ☐ non Savez-vous nager ? ☐ oui ☐ non

D'autres envies :

A PROPOS DE VOTRE RESISTANCE A LA FATIGUE ET VOS DEPLACEMENTS :

Votre résistance à la fatigue est : ☐ très faible ☐ faible ☐ moyenne ☐ bonne ☐ très bonne

Votre résistance à la chaleur est : ☐ très faible ☐ faible ☐ moyenne ☐ bonne ☐ très bonne

Vous avez un rythme : ☐ lent ☐ modéré ☐ dynamique

Pouvez-vous marcher pendant : ☐ -1 heure ☐ 1 heure ☐ +1 heure

Supportez-vous les trajets de longues distances ? En avion : ☐ oui ☐ non En train : ☐ oui ☐ non En bus : ☐ oui ☐ non

Sortez-vous seul ? ☐ oui ☐ non Avec des camarades ? ☐ oui ☐ non

Savez-vous rapidement vous orienter dans des lieux inconnus ? ☐ oui ☐ non

COMMENT GEREZ-VOUS VOTRE ARGENT DE POCHE ? :

Gérez-vous seul ? ☐ oui ☐ non Si non, comment vous distribuer votre argent ?

Remarques :

VOTRE VIE EN COLLECTIVITE

Pouvez-vous rencontrer des difficultés de communication au sein d'un groupe ? ☐ oui ☐ non Si oui ? précisez :

.....

Pouvez-vous avoir un comportement dit « atypique » ? Agression physique et/ou verbal : ☐ oui ☐ non Automutilation : ☐ oui ☐ non

Autres : ☐ oui ☐ non Dans quelles circonstances ?

Conseils pour vous accompagner dans ces moments :

Avez-vous des phobies ? ☐ oui ☐ non Dans quelles circonstances ?

Conseils pour vous accompagner dans ces moments :

Pouvez-vous avoir des craintes et/ou des angoisses ? ☐ oui ☐ non Dans quelles circonstances ?

Conseils pour vous accompagner dans ces moments :

VOTRE ETAT PHYSIQUE ET DE SANTE

Prenez-vous un traitement médical ? ☐ oui ☐ non Le prenez-vous seul ? ☐ oui ☐ non

Utilisez-vous un moyen de contraception ? ☐ oui ☐ non Le gérez-vous seul ? ☐ oui ☐ non

Remarques :

Si vous prenez un traitement, nous joindre la photocopie de la DERNIERE ORDONNANCE au dossier d'inscription. Pour le séjour, préparer les médicaments en SEMAINIER NOMINATIF (Attention : prévoir pour les jours de transports et d'accueil avant et après le séjour, un nombre suffisant de médicaments.)

SOMMEIL ET REPOS :

Avez-vous des troubles du sommeil ? ☐ oui ☐ non Si oui, précisez

.....

Avez-vous besoin de temps de repos en journée ? ☐ oui ☐ non

VOTRE SANTE :

Avez-vous les maladies suivantes ? Diabète : ☐ oui ☐ non Cardiopathie : ☐ oui ☐ non Enurésie : ☐ oui ☐ non

Incontinence : ☐ oui ☐ non Si oui, ☐ diurne ☐ nocturne ☐ occasionnelle

Encoprésie : ☐ oui ☐ non Allergies : ☐ oui ☐ non Epilepsie : ☐ oui ☐ non Asthme : ☐ oui ☐ non

Autres :

Précisez les précautions à prendre en permanence :

.....

Problème de vue : ☐ oui ☐ non D'ouïe : ☐ oui ☐ non Appareillage : ☐ oui ☐ non

Autres : ☐ oui ☐ non Si oui, précisez lesquels :

Existe-t-il des indications ou contre indications médicales ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles :

Y a-t-il des informations nécessaires à connaître ? Alcoolisme, drogue(s), fugues ou cleptomanie ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

Conseils :