

FONDATION CAP LOISIRS - Renseignements administratifs

1. Identité de la personne

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Téléphone principal : (mère, père, frère, soeur, référent)

E-mail principal : (mère, père, frère, soeur, référent)

2. Lieu de résidence principale

Lieu dans lequel la personne passe habituellement la nuit

☐ **Famille** (remplir point 4a)

☐ **Institution** (remplir point 5)

☐ **Domicile personnel (vit seul(e))** Adresse :

☐ **Autre référent** (remplir point 6)

3. Domicile personnel

Adresse :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

E-mail :

4. a) Famille (parents)

Nom(s), prénoms(s) :

Nom(s), Prénoms(s) de fratrie :

Adresse :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

E-mail principal :

Profession :

Tél. prof./fax :

E-mail prof :

Les parents (père / mère) sont-ils membres d'Insieme-Genève

☐ non ☐ oui

Informations désirées :

a) feuilles de route des séjours; réunions de parents :

☐ Info régulière

(Voir point 9)

b) programme et rapport d'activités ; liste des séjours pour l'année :

☐ Info générale

c) gestion globale de la participation aux séjours :

☐ Info globale

4. b) Père / mère ayant une autre adresse

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

E-mail principal :

Profession :

Tél. professionnel :

E-mail prof :

Informations désirées :

a) feuilles de route des séjours; réunions de parents :

☐ Info régulière

(Voir point 9)

b) programme et rapport d'activités ; liste des séjours pour l'année :

☐ Info générale

5. Institution :

Nom de l'institution:

Adresse:

Complément d'adresse (appartement, maison):

Téléphone principal:

E-mail:

Personne référente:

Téléphone:

E-mail:

6. Appartement indépendant géré par l'institution :

Adresse:

Téléphone principal: Téléphone secondaire:

E-mail:

Personne référente:

Téléphone: E-mail:

7. Responsable légal (autre que les parents)

- ☐ la personne elle-même (participant/participante; point 1 et 3)
- ☐ la famille (parents) point 4
- ☐ l'institution de résidence (point 5) par son responsable - nom, prénom à indiquer ci-dessous
- ☐ un(une) curateur (curatrice) (point 10)

Informations désirées : programme et rapport d'activités; liste des séjours pour l'année: ☐ Info générale

8. Responsable du paiement des séjours facturés

- ☐ Participant/Participante (point 1 et 3) ☐ Famille (point 4a) ☐ Institution (point 5)
- ☐ Personne de référence (point 7) ☐ Responsable légal (point 8)
- ☐ Autre (point 10)

9. Ecole (ou atelier) :

(souligner le type de lieu correspondant)

Nom :

formation - travail

Adresse :

Téléphone principal : E-mail principal :

La Fondation Cap Loisirs est-elle autorisée à contacter le lieu de travail et/ou de formation ? ☐ non ☐ oui

10. Autre référent (frère, soeur, grands-parents, assistance sociale) :

- à contacter durant les séjours en cas d'absence des parents ou fermeture d'institution : ☐

Nom, prénom :

Adresse :

Tél. principal : Tél. secondaire :

E-mail principal :

Informations désirées : a) feuilles de route des séjours; réunions de parents : ☐ Info régulière

(Voir point 9) b) programme et rapport d'activités ; liste des séjours pour l'année ☐ Info générale

: c) gestion globale de la participation aux séjours : ☐ Info globale

11. Informations et correspondance

Toutes les informations et tous les documents à remplir sont en principe envoyés au lieu de résidence. Les possibilités complémentaires ou différentes sont les suivantes:

- a) Les informations régulières liées aux séjours et aux réunions sont envoyées aux parents qui le désirent si la croix est mise dans la case correspondante (Info régulière).
- b) Les informations générales (programme et rapport d'activités, liste des séjours annuels confirmés) sont envoyées aux personnes intéressées ayant mis une croix dans la case correspondante (Info générale). Les Infos générales sont envoyées automatiquement aux personnes recevant les Infos régulières.
- c) Les parents dont l'enfant réside en institution mais qui continuent de gérer globalement la participation aux séjours de Cap Loisirs (notamment pour l'envoi des inscriptions et des fiches de renseignements) peuvent l'indiquer en mettant une croix dans la case correspondante (Info globale). Ce dernier point est également valable pour les personnes de référence en charge de personnes avec une déficience mentale ayant leur propre domicile. Les Infos régulières sont envoyées automatiquement aux personnes recevant les Infos globales.

Les fiches de renseignements ont été remplies par :

.....(parent(s) / éducateur référent / personne elle-même)

Lieu, date et signature:

Concerne (nom, prénom)

1. Informations générales :

Groupe sanguin et facteur Rhésus:

Taille de la personne :

Pointure (chaussures) :

2. Médecin traitant actuel :

Nom :

Téléphone :

3. Assurances obligatoires :

Maladie (nom de la Caisse):

Accident (nom de la Caisse):

Responsabilité Civile (nom de la Caisse):

AI – Assurance Invalidité

Des prestations AI sont-elles reçues (actuellement ou dans le passé): ☐ Oui

- rentes, soins, adaptations, aides, etc.

- Si oui, indiquer le n° AI – AVS:

AI – Allocation pour impotence

Si elle est perçue, quel est le degré d'impotence ☐ faible ☐ moyen ☐ grave

4. Vaccination (joindre une photocopie du carnet de vaccination)

Date du dernier rappel contre le Tétanos:

5. Maladies infantiles Maladies déjà eues (rougeole, varicelle, etc.):

.....

6. Maladies contagieuses graves

☐ oui ☐ non

Indiquer la (les) maladie(s) contagieuse(s) ou transmissible(s) grave(s)

.....

7. Diagnostic - Diagnostic connu relatif à la déficience mentale ou autre (ex.: trisomie 21)

.....

.....

8. Contre-indications par rapport à certains sports

☐ oui ☐ non

Indiquer les sports pouvant comporter des risques en raison de :

- problèmes d'endurance, de résistance à l'effort ou à l'altitude

- capacité de charge, problèmes musculaires ou osseux, autres raisons?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Prise régulière de médicaments

☐ oui ☐ non

Si Oui, veuillez préciser ci-dessous quels sont les médicaments et leurs indications (ce qu'ils soignent)

Médicaments pris régulièrement	Indications Pour quoi ?	Quand, comment et en quelle quantité ?	Effets secondaires éventuels

Les médicaments nécessaires au séjour doivent être mis dans un semainier et transmis avec leur notice et leur posologie actualisée (ordonnance) au responsable du séjour au moment du départ.

Remarques concernant la prise de médicaments :

.....

.....

.....

La prise de médicaments est-elle gérée de façon autonome :

☐ oui ☐ non

10. Allergies

Y-a-t-il risque d'allergies (aliments, médicaments, piqûres, etc.):

☐ oui ☐ non

Si Oui, lesquelles (avec indications utiles à ce sujet) :

.....

.....

.....

11. Intolérances

(par exemple au gluten, au lactose...)

☐ oui ☐ non

Si Oui, à quoi et quelles réactions ?

.....

.....

.....

12. Crises d'épilepsie

☐ oui ☐ non

Type de crises (absences, convulsions...), circonstances propices au déclenchement, comportement approprié, médicaments administrés en cas de crise, etc.:

.....

.....

.....

13. Asthme

☐ oui ☐ non

Type d'asthme (asthme à l'effort, asthme réactif à certaines matières : foin, poils d'animaux...), comportement approprié, médicaments administrés en cas de crise, etc.:

.....

.....

.....

14. Autres informations

(en cas de besoin, écrire les informations sur une feuille annexe)

Autres informations utiles, notamment concernant des accessoires particuliers, prothèses, dentiers, verre de contact, etc.:

.....

.....

.....

Nom, Prénom :

Ces fiches de renseignements concernent tous les participants venant à Cap Loisirs (enfants, adultes, personnes très dépendantes ou très autonomes). Certains renseignements demandés vous paraîtront peut-être inappropriés dans votre cas. Merci de votre compréhension et de votre collaboration.

1. Communication / Relations sociales

1.1. Langage, communication

En français

Quelle est la capacité de :

- se faire comprendre par le langage (en parlant) :
- se faire comprendre par l'écriture (savoir écrire) :
- comprendre le langage d'une autre personne :
- comprendre l'écriture d'un autre (savoir lire) :

bonne	moyenne	faible	aucune
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle est la langue maternelle (autre que le français):

.....

Dans la langue maternelle

Quelle est la capacité de :

- se faire comprendre par le langage (en parlant) :
- se faire comprendre par l'écriture (savoir écrire) :
- comprendre le langage d'une autre personne :
- comprendre l'écriture d'un autre (savoir lire) :

bonne	moyenne	faible	aucune
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre mode de communication (langage des signes, Teach, Makaton, etc.)?

.....

Troubles de langage particuliers etc.:

.....

1.2. Vie de groupe, relations sociales

Quelle est la capacité :

- d'intégration dans un groupe :
- de partage d'un espace commun, d'une chambre :

bonne	moyenne	faible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes particuliers, remarques :

.....

Quelle est la capacité d'adaptation aux changements :

- par rapport aux personnes :
- par rapport aux lieux :
- par rapport aux activités :

bonne	moyenne	faible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes particuliers, remarques :

.....

2. Comportement et compétences (sécurité)

2.1. Notion et perception du danger

Quelle est la capacité de perception du danger face :

- à la circulation routière (vitesse des voitures, etc.) :
- au vide (absence d'appui, etc.) :
- au feu (allumage, propagation, chaleur) :
- à l'eau (profondeur, noyade) :

bonne	moyenne	faible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes particuliers, remarques :

.....

2.2. Capacité de nager

	en eau profonde	en ayant pied	avec une bouée	d'aucune façon
La personne a la capacité de nager en sécurité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

2.3. Habitudes particulières, rituels, manies

2.4. Craintes particulières, phobies : agoraphobie, claustrophobie, vertiges, etc

2.5. Fugue

	fort	moyen	faible
Existe-t-il un risque de fugue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation risquant de provoquer une fugue:

Signes à observer, attitude préventive :

Genre de fugue habituelle :

Attitude conseillée face à une fugue:

2.6. Agressivité, violence (physique, verbale, comportementale)

	aucun	faible	moyen	fort
Existe-t-il un risque de réactions violentes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situations risquant de déclencher de la violence ?

Signes à observer, attitude préventive ?

Attitude conseillée face à la violence ?

Manifestations de la violence (contre soi-même, des objets, les autres) ?

2.7. Aménagements de sécurité particuliers recommandés

1. De la chambre (Risque de blessures, de fugues, etc.) :

2. De notre véhicule (bus) :

3. De la salle de bain, W.C. :

4. Autres :

Descriptif des aménagements recommandés :

3. Déplacements, mobilité

3.1. Orientation dans l'espace :

1) La personne est capable de s'orienter et de se déplacer de façon autonome :

- dans les lieux de vie connus :
- dans un nouveau lieu d'habitation (après un repérage) :
- dans une ville (après un repérage) :
- dans la nature (après un repérage) :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :

Peut-on autoriser la personne à faire une promenade seule lors d'un séjour? (adultes) ☐ - oui ☐ - non

Au retour du séjour, la personne peut-elle rentrer seule à son lieu de résidence? (adultes) ☐ - oui ☐ - non

3.2. Transports publics (train, bus, etc.) :

1) La personne utilise les transports publics de façon autonome :

- en ville, dans les parcours connus :
- dans un lieu nouveau (après un repérage) :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :

3.3. Déplacements - Moyens auxiliaires

☐ Chaise roulante

☐ Soutien par une autre personne

☐ Aucun moyen auxiliaire

☐ Béquilles

☐ Autres moyens

Précision des moyens auxiliaires :

3.4. Résistance à la fatigue

Qu'est le degré de résistance à la fatigue :

fort	moyen	faible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durée maximale de marche recommandée :

Remarques :

4. Affaires personnelles

4.1. Habillage (choix des habits, changements, propreté, etc.)

1) L'habillage est-il géré de façon autonome :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :

4.2. Autres affaires personnelles (bagages, trousse de toilette, etc.)

1) Les autres affaires personnelles sont-elles gérées de façon autonome :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :

4.3. Argent (achats personnels, cadeaux, partage)

1) L'argent est-il géré de façon autonome :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :

4.4. Multimédias (utilisation autonome)

1) Les multimédias sont-ils gérés de façon autonome :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :

5. Centres d'intérêt, hobbies, sports, activités pratiquées ailleurs qu'à Cap Loisirs :

6. Alimentation – Boissons - Tabac

6.1 Alimentation (choix des aliments, respect d'un régime, diététique, etc.)

	Oui	Non
1) L'alimentation est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :		
.....		
.....		
.....		

6.2 Régime alimentaire

Modes de préparation des aliments :

coupés ☐

☐ mixés

Aliments à éviter

.....

Problèmes alimentaires, régime spécifique (détails)

.....

6.3 Consommation de boissons

6.3.1. Boissons en général

	Oui	Non
1) La consommation de boissons est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques :		
.....		
.....		

6.3.2. Boissons alcoolisées (pour les adultes)

	Oui	Non
La consommation de boissons alcoolisées est-elle autorisée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, la consommation d'un verre d'alcool lors d'un repas est-elle autorisée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consommation d'alcool à tout autre moment (apéritif...) est-elle autorisée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventuelles boissons interdites (café, coca, etc.)		
.....		

6.4 Consommation de tabac (pour les adultes)

	Oui	Non
1) La consommation de tabac est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consommation de tabac est-elle interdite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide nécessaire, protocole, habitudes, remarques		
.....		

7. Soins - Hygiène

7.1 Hygiène et soins corporels

	Oui	Non
1) L'hygiène et les soins corporels sont-ils gérés de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Brossage des dents		
- Brossage des cheveux		
- Rasage de la barbe		
- Coupe des ongles		
- Douche/bains – lavage cheveux		
- Toilettes/W.C		
Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques – en particulier pour les points ci-dessus :		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

7.2 Habitudes particulières concernant la fréquence et/ou les moments habituels pour :

Douche

.....
.....

Bains

.....
.....

Passage aux toilettes

.....
.....

Remarques

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.3 Contrôle de l'incontinence

à quel(s) moment(s) ?

Lever durant la nuit

Oui ☐ Si oui, à quelle heure ?

.....

Lever tôt le matin

Oui ☐ Si oui, à quelle heure ?

.....

Langes durant la nuit

Oui ☐

.....

Langes durant le jour et la nuit

Oui ☐

.....

7.4 Cycle menstruel (règles)

Aide ou contrôle nécessaire

.....
.....
.....
.....
.....

8. Relations affectives, sexualité

La fondation Cap Loisirs est signataire de la Charte Amour, sexualité et handicap et soutient ses valeurs. Elle peut être téléchargée sur notre site : www.caploisirs.ch/Publications.

8.1 Mode de vie – célibataire, vie en couple, etc.

Informations utiles à ce sujet :

.....
.....
.....

8.2 Comportement, attitudes

Comportement particulier, attitude problématique liée aux relations affectives et à la sexualité?

.....
.....
.....

8.3 Contraception, protection

	Oui	Non
Utilisation d'un moyen contraceptif (ou moyen de protection : médicaments, préservatif, stérilisation, etc....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) L'utilisation de ce moyen est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrôle, remarques

.....
.....
.....
.....

8.4 Espace privé, sphère d'intimité

Concerne-le(s) répondant(s) ou parent(s) de personnes adultes :
En cas de demande adressée à un responsable de Cap Loisirs par la personne concernée, lors d'un séjour ou de sa préparation, afin de pouvoir bénéficier d'un espace privé (chambre, tente, etc.) avec un(e) autre participant(e), acceptez-vous que la décision soit prise par le responsable du séjour, après qu'il ait tenu compte de tous les aspects relatifs à cette démarche et en particulier des conditions liées au concept de sphère d'intimité ?
Réponse du répondant ou des parents :

- ☐ Oui
- ☐ Oui, en étant préalablement informé de cette demande
- ☐ Non

Remarques et avis de la personne concernée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Repos / Sommeil

9.1 Habitudes

	Oui	Non
Le repos (sommeil, sieste) est-il géré de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques		
.....		
.....		
Heure du lever :		
Heure du coucher :		
Rituel ou objets		
.....		
.....		
Sieste (durée)		
.....		
.....		
Possibilité de dormir avec d'autres personnes dans la même chambre ? Si non, pourquoi ?		
.....		
.....		

9.2 Problèmes particuliers, remarques

.....

.....

10. Autres observations personnelles : (si nécessaire, sur feuille annexée)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Fiches remplies par :

Nom et prénom :

.....

☐ mère ☐ père ☐ référent (e) ☐ la personne elle-même ☐ autre:

.....

Lieu et date : Signature :