

# Souffler !

FICHE D'ACCUEIL PERSONNALISÉE



## INTRODUCTION

Ce formulaire a pour but de mieux connaître votre proche, d'évaluer ses besoins spécifiques et d'accompagner au mieux l'équipe qui vous accueillera sur le séjour.

Vous autorisez les PEP Alsace à communiquer les informations que vous avez inscrites sur cette fiche à l'équipe encadrante et aux partenaires cités.

## SEJOUR CONCERNÉ

Nom du séjour :

Pour la période du :  au :

## COORDONNÉES DES PARTICIPANTS

### AIDANT

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Âge :

Adresse :

N° de téléphone :  N° de portable :

Mail :

### PROCHE AIDÉ

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Âge :

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :  Prénom :

Lien avec le poche :

N° de téléphone :

# POUR CONNAÎTRE VOTRE PROCHE AIDÉ

## NATURE DE LA PATHOLOGIE

Nom de la pathologie :

Aides liées à la pathologie :

*Sa pathologie, en quelques mots...*

## MOBILITE

Se déplace en fauteuil roulant     manuel     électrique

Votre proche utilise un déambulateur     une canne

Une prothèse auditive

Autre :

S'asseoir et se lever d'un chaise seul

Marcher seul

sur un terrain plat  
 sur un terrain légèrement en pente

Monter / descendre un escalier

avec une rampe  
 sans rampe

## SANTE

Prend-il / elle un traitement médical ?     Oui     Non

Est-il autonome sur la prise de son traitement médical ?     Oui     Non

Commentaire :

## AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Votre proche est-il habitué à sortir de son domicile ?

Oui  Non

Votre proche est-il accueilli en hôpital de jour ou autre établissement spécialisé :

Oui  Non

Si oui, précisez le nom de l'établissement :

Combien de fois par semaine ?

### Votre proche est il autonome :

Pour aller seul aux toilettes

Oui  Non

A t'il besoin de protections urinaires ?

Oui  Non

Pour manger seul au repas

Oui  Non

A-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Oui  Non

Si oui, précisez :

Y-a t'il des aliments à éviter ? si oui, précisez :

Nécessite t-il de l'aide pour le lever/le coucher

Oui  Non

A t-il besoin d'une sieste l'après-midi

Oui  Non

### Bénéficiez vous d'une aide à domicile ?

Oui

Non

Si oui, précisez laquelle :

### Habitudes de vie

Quels sont ses centres d'intérêts ? Qu'est-ce qu'il / elle aime faire :

Qu'est-ce qu'il / elle n'aime pas faire :

## POINT DE VIGILANCE

Indiquez les points qui vous paraissent importants concernant votre proche et que vous souhaitez mettre en avant (comportement particulier, situations qui pourraient être anxiogène, autre...)



Si vous souhaitez nous transmettre des **documents supplémentaires**, merci de les joindre avec le dossier.

Fait le (date) :



Signature :



Merci de retourner ce formulaire par mail à :

**repite@pepalsace.fr**

**Laurette RUDNICKI – Chargée de mission Inclusion**  
**06 20 35 62 87**