



PRE-INSCRIPTION ANNUELLE 2023

**Dossier à compléter et à retourner par mail :
infos@avenir-vacances.org
ou par fax : 09.89.36.22.59**

NOM et Prénom du jeune :

Date de naissance :

Dossier rempli le :

Dossier rempli par (NOM Prénom) :

Fonction :

Tel :

E-mail :

Séjour(s) souhaité(s)			
Code séjour	Date début	Date fin	Option transport si possible Ville de départ

Association AVENIR Vacances
Animation et Vacances au service de l'Education

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023

Participant au séjour

NOM	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° allocataire CAF
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Responsable légal du Jeune (1)

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
Adresse				
Code postal	Ville			
Téléphone 1	Téléphone 2			
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune			

Responsable légal du Jeune (2)

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
Adresse				
Code postal	Ville			
Téléphone 1	Téléphone 2			
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune			

Etablissement du Jeune

NOM Institution	<input type="checkbox"/> MECS <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Autre :		
NOM référent	Fonction		
Adresse			
Code postal	Ville		
Téléphone	Télécopie		
E-mail	<input type="checkbox"/> Domicile principal du Jeune		

Référent ASE / MDPH

Organisme	<input type="checkbox"/> ASE <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Autre :		
NOM référent	Fonction		
Adresse			
Code postal	Ville		
Téléphone	Télécopie		
E-mail			

Facturation

Nom ou Organisme	
Coordonnées précises de facturation Section, service, territoire Adresse complète CP et VILLE	
Référent comptabilité (NOM, Prénom, téléphone, e-mail)	

PRESENTATION DU JEUNE

NOM et prénom du jeune :

Date de naissance :

Descriptif physique :



Jeune en situation de handicap : OUI NON
 Si OUI, préciser (pathologie, handicap) :

Orientation MDPH : ITEP IME AVS Autre, précisez :

Caractère, comportements habituels ou spécifiques (habitudes, rituels) :

Peut monter et descendre un escalier en toute sécurité : oui non avec aide

COMMUNICATION

Compréhension :

Langage parlé (français)	<input type="checkbox"/> Phrases <input type="checkbox"/> Autre langue	<input type="checkbox"/> Mots simples	<input type="checkbox"/> Aucune compréhension	
Communication gestuelle	<input type="checkbox"/> LSF	<input type="checkbox"/> Makaton	<input type="checkbox"/> Autre :	
Communication avec support	<input type="checkbox"/> Lecture	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Objets	<input type="checkbox"/> Autre :

Langage / Expression :

Langage parlé (français)	<input type="checkbox"/> Phrases <input type="checkbox"/> Autre langue	<input type="checkbox"/> Mots simples	<input type="checkbox"/> Echolalies	<input type="checkbox"/> Aucun
Communication gestuelle	<input type="checkbox"/> LSF	<input type="checkbox"/> Makaton	<input type="checkbox"/> Autre :	
Communication avec support	<input type="checkbox"/> Ecriture	<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Objets	<input type="checkbox"/> Autre :



RELATIONS

Relations aux autres jeunes :

Relations aux adultes :

Troubles du comportement :

	Préciser (antécédents, risques, conduite à tenir...)
◇ Violence physique	
◇ Violence verbale	
◇ Automutilation	
◇ Dégradation de matériel	
◇ Vol / Racket	
◇ Fugues	
◇ Autre, précisez :	

Addictions :
(Détaillez)

◇ Tabac	◇ Cannabis	◇ Autre drogue :	◇ Alcool	◇ Autre :
---------	------------	------------------	----------	-----------

Sexualité :

Peut partager sa chambre avec un autre jeune : ◇ OUI ◇ NON + Points d'attention :

Autres risques non-définis ci-dessus :

VIE QUOTIDIENNE

<i>Sommeil</i>	OUI	NON	Heure	Habitudes / Rituels
Fait la sieste	◇	◇		
Se couche de lui-même	◇	◇		
Se réveille la nuit	◇	◇		
Se réveille de lui-même le matin	◇	◇		
Rituels spécifiques Commentaires				

<i>Propreté</i>	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Va au WC	◇	◇	◇	◇	◇
S'essuie	◇	◇	◇	◇	◇
Tire la chasse d'eau	◇	◇	◇	◇	◇
Est énurétique	◇ Le jour	◇ La nuit	Commentaires :		
Est encoprésique	◇ Le jour	◇ La nuit			
Porte des protections	◇ Le jour	◇ La nuit			

<i>Hygiène</i>	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Fait sa toilette	◇	◇	◇	◇	◇
Se brosse les dents	◇	◇	◇	◇	◇
Règle température eau	◇	◇	◇	◇	◇
S'essuie	◇	◇	◇	◇	◇
S'habille	◇	◇	◇	◇	◇
Met ses chaussures	◇	◇	◇	◇	◇
Fait ses lacets	◇	◇	◇	◇	◇
Se déshabille	◇	◇	◇	◇	◇
Rituels spécifiques Commentaires					

VIE QUOTIDIENNE

Repas	Fait seul	Fait avec aide	Ne fait pas	Aide verbale	Aide gestuelle
Mange	◇	◇	◇	◇	◇
Boit	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise une cuillère	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise une fourchette	◇	◇	◇	◇	◇
Utilise un couteau	◇	◇	◇	◇	◇
Choisit	◇	◇	◇	◇	◇
Accessoires utilisés	◇ Couverts adaptés	◇ Rebord d'assiette	◇ Verre adapté	◇ Autre :	
Consistance du repas	◇ Normal	◇ Haché	◇ Mixé		
Régime alimentaire (médical / allergies)					
Rituels spécifiques Commentaires					

ACTIVITES

Activités préférées :	Activités les moins appréciées :
-----------------------	----------------------------------

Habitudes ou rituels spécifiques, transistions, transports etc :

NOM et prénom du jeune

ACTIVITES	Participe	Ne participe pas	Je ne sais pas	Remarques
Coloriage	◇	◇	◇	
Dessin	◇	◇	◇	
Peinture	◇	◇	◇	
Pâte à modeler	◇	◇	◇	
Jouer de la musique	◇	◇	◇	
Écouter de la musique	◇	◇	◇	
Danser	◇	◇	◇	
Jeux de société	◇	◇	◇	
Jeux d'eau / pataugeoire	◇	◇	◇	
Activités avec animaux	◇	◇	◇	
- Poules	◇	◇	◇	
- Poneys	◇	◇	◇	
- Moutons	◇	◇	◇	
- Autres :	◇	◇	◇	
Pêche	◇	◇	◇	
Faire une cabane	◇	◇	◇	
Marcher / Se promener	◇	◇	◇	
Courir	◇	◇	◇	
Trampoline	◇	◇	◇	
Jeux de ballon	◇	◇	◇	
Vélo / Tricycle	◇	◇	◇	
Baignade	◇	◇	◇	
Choix activités	◇	◇	◇	
Faire les courses	◇	◇	◇	
S'orienter	◇	◇	◇	
Faire la cuisine	◇	◇	◇	

Autres commentaires sur les activités :



TRAITEMENTS MEDICAUX

NOM et prénom du jeune :

Document rempli par (NOM Prénom Fonction Tél) :

Date :

Heure (à préciser le cas échéant)	Médicament	Posologie (quantité)	Méthode de distribution et/ou rituel
8h			
12h			
16h30			
19h			
21h30			
Traitement d'urgence			

JOINDRE IMPERATIVEMENT LES ORDONNANCES

Les médicaments devront être fournis dans un pilulier déjà préparé pour toute la durée du séjour, 1er et dernier jours en entier compris.

