

FONDATION CAP LOISIRS - Renseignements administratifs

1. Identité de la personne

Nom: Prénom:

Date de naissance: Sexe: Nationalité:

2. Lieu de résidence

Lieu dans lequel la personne passe habituellement la nuit

Famille (remplir point 3a)

Institution (remplir point 4)

Domicile personnel Adresse:

3. a) Famille

Nom(s), prénoms:

Frères et sœurs (pour le secteur enfants):

Adresse:

Téléphone fixe : Natel :

E-mail privé :

Profession : Tél. prof./fax :

Pour les enfants, le père ou la mère travaille-t-il sur le territoire de la Ville de Genève (si oui, Cap Loisirs peut percevoir des subventions)? Si oui, nom et adresse de l'employeur :

E-mail prof :

Les parents (père / mère) sont-ils membres d'insieme-Genève non oui

Informations désirées: (voir point 9) a) feuilles de route des séjours; réunions de parents: Info régulière
b) programme et rapport d'activités; liste des séjours pour l'année: Info générale
c) gestion globale de la participation aux séjours: Info globale

3. b) Père / mère ayant un autre domicile

Nom: Prénom:

Adresse:

Téléphone fixe: Natel:

E-mail :

Profession: Tél. professionnel:

Informations désirées: (voir point 9) a) feuilles de route des séjours; réunions de parents: Info régulière
b) programme et rapport d'activités; liste des séjours pour l'année: Info générale

4. Institution, Ecole, Foyer (comme lieu de résidence, internat)

Nom de l'institution:

Adresse:

Tél./fax: E-mail :

Complément d'adresse (appartement, maison):

Tél. : E-mail :

Personne référente:

5. Autre lieu fréquenté régulièrement : (souligner le type de lieu correspondant)

Nom: **formation - travail - loisirs**

Adresse:.....

..... Téléphone:.....

6. Personne de référence - autre que parents ou institution :

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

Nom, prénom:.....

Adresse:.....

Tél. privé..... Tél. prof.:.....

E-mail:.....

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

7. Responsable légal (autre que les parents)

- la personne handicapée elle-même
- l'institution de résidence (point 4) par son responsable - nom, prénom à indiquer ci-dessous
- un(e) tuteur(trice) - nom, prénom et adresse à indiquer ci-dessous

Nom:Prénom:.....

Service ou institution:.....

Adresse.....

E-mail :..... Tél. prof.:.....

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

8. Responsable du paiement des séjours facturés

- Famille (point 3a) Institution (point 4)
- Personne de référence (point 6) Responsable légal (point 7)
- Autre: Nom:.....Prénom:.....

Adresse:.....

9. 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 handicapées 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:.....

FONDATION CAP LOISIRS – Renseignements médicaux

Concerne (nom, prénom) :

1. Informations générales:

Groupe sanguin et facteur Rhésus:

Taille de la personne : Pointure (chaussures) : (pour équipements sportifs)

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

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

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

6. Maladies infantiles (pour les enfants) Maladies déjà eues (rougeole, varicelle, etc.):

.....

7. Maladies contagieuses graves

croix, si Oui

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

.....

8. Contre-indications par rapport à certains sports

croix, si Oui

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?

.....
.....

FONDATION CAP LOISIRS – Fiche de renseignements médicaux

9. Crises d'épilepsie

croix, si Oui

Si Oui, donner toutes informations utiles à ce sujet, et notamment la fréquence, les circonstances propices au déclenchement, le comportement approprié et les médicaments administrés en cas de crise, etc.:

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

10. Prise régulière de médicaments

croix, si Oui

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 (ordonnance) au responsable du séjour au moment du départ.

Remarques concernant la prise de médicaments:

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

11. Diagnostic

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

.....
.....

12. Autres informations

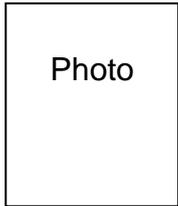
(en cas de besoin, écrire les informations sur une feuille annexe)

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

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

FONDATION CAP LOISIRS - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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 de la personne

En français

Quelle est la capacité de :	bonne	moyenne	faible	aucune
- se faire comprendre par le langage (en parlant) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se faire comprendre par l'écriture (savoir écrire) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comprendre le langage d'une autre personne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comprendre l'écriture d'un autre (savoir lire) :	<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 :	bonne	moyenne	faible	aucune
- se faire comprendre par le langage (en parlant) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se faire comprendre par l'écriture (savoir écrire) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comprendre le langage d'une autre personne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comprendre l'écriture d'un autre (savoir lire) :	<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, sociale

Quelle est la capacité :	bonne	moyenne	faible
- d'intégration dans un groupe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de partage d'un espace commun, d'une chambre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes particuliers, remarques :

.....

Quelle est la capacité d'adaptation aux changements :	bonne	moyenne	faible
- par rapport aux personnes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- par rapport aux lieux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- par rapport aux activités :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes particuliers, remarques :

.....

.....

.....

2. Comportement (sécurité)

2.1. Notion et perception du danger

Quelle est la capacité de perception du danger face :	bonne	moyenne	faible
- à la circulation routière (vitesse des voitures, etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au vide (absence d'appui, etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au feu (allumage, propagation, chaleur) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à l'eau (profondeur, noyade) :	<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 capacité de nager en sécurité est possible :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarque :

.....

.....

2.3. Habitudes particulières, rituels, manies

.....

.....

.....

2.4. Craintes particulières, phobies : agoraphobie (peur de la foule), claustrophobie, vertiges

.....

.....

2.5. Fugue

	aucun	moyen	fort
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.)

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

2. De notre véhicule (bus)

4. Autres

Descriptif des aménagements recommandés :

.....

3. Déplacements, mobilité

3.1. Orientation dans l'espace :

La capacité d'orientation dans l'espace permet-elle de se déplacer de façon autonome :

	Oui	Non
- dans les lieux de vie connus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dans un nouveau lieu d'habitation (après un repérage) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dans une ville (après un repérage) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dans la nature (après un repérage) :	<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.) :

L'emploi des transports publics se fait-il de façon autonome :

	Oui	Non
- en ville, dans les parcours connus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dans un lieu nouveau (après un repérage) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

3.3. Déplacements - Moyens auxiliaires

- 1. Chaise roulante
- 2. Béquilles
- 3. Soutien par une autre personne
- 4. Autres moyens

Précisions sur les moyens auxiliaires :

.....

.....

3.4. Résistance à la fatigue

	fort	moyen	faible
Qu'est le degré de résistance à la fatigue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durée maximale de marche recommandée

Remarques

.....

4. Affaires personnelles – Habillage

4.1. Argent (achats personnels, cadeaux, partage)

	Oui	Non
¹ L'argent est-il géré de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

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

	Oui	Non
L'habillage est-il géré de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

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

	Oui	Non
Les autres affaires personnelles sont-elles gérées de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

4.4. Autres loisirs, hobbies, sports, activités pratiquées ailleurs qu'à Cap Loisirs:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹ Par "gestion autonome" (ou autonomie), nous entendons la capacité de gérer de façon responsable un aspect de sa vie, de pouvoir décider par soi-même et être capable de demander de l'aide si nécessaire.

5. Alimentation – Boissons - Tabac

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

	Oui	Non
L'alimentation est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

.....

.....

5.2. Régime alimentaire

Modes de préparation des aliments : coupés mixés

Aliments à éviter

.....

Problèmes alimentaires, régime spécifique (détails).....

.....

.....

.....

5.3. Consommation de boissons

5.3.1. Boissons en général

	Oui	Non
La consommation de boissons est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

.....

5.3.2. 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.)

5.4. Consommation de tabac (pour les adultes)

	Oui	Non
La consommation de tabac est-elle gérée de façon autonome :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

.....

La consommation de tabac est-elle interdite : Oui Non

6. Soins - Hygiène

6.1. Médicaments (voir aussi la Fiche médicale)

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

Oui

Non

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

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

6.2. Hygiène et soins corporels

L'hygiène et les soins corporels sont-ils gérés de façon autonome :

Oui

Non

1. Brossage des dents
2. Brossage des cheveux
3. Rasage de la barbe

4. Coupe des ongles
5. Douche/bains – lavage cheveux
6. Toilettes/W.C.

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques – en particulier pour les points ci-dessus :

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

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

Douche

Bains

Passage aux toilettes

Remarques

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

6.4. Contrôle de l'incontinence

à quel(s) moment(s) ?

Lever durant la nuit

Oui

Lever tôt le matin

Oui

Langes durant la nuit

Oui

Langes durant le jour et la nuit

Oui

6.5. Cycle menstruel (règles)

Aide ou contrôle nécessaire

Oui

7. Relations affectives, sexualité (pour les adultes)

Ce chapitre correspond à la démarche visant à donner une réponse plus adaptée aux demandes des participant(e)s dans ce domaine. Il a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail en partenariat avec des parents et des professionnels et fait référence à la Charte *Amour, sexualité et handicap* qui peut être téléchargée sur notre site : www.caploisirs.ch/Publications.

L'introduction de ce questionnaire a aussi pour but de susciter une réflexion et un dialogue entre les personnes concernées.

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

Informations utiles à ce sujet :

.....
.....

7.2. Comportement, attitudes

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

.....
.....

7.3. Contraception, protection

Utilisation d'un moyen contraceptif (ou moyen de protection : médicaments, préservatif, stérilisation, etc....)

L'utilisation de ce moyen est-elle gérée de façon autonome :

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

Aide nécessaire, contrôle, remarques.....
.....
.....

7.4. 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 :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

