

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

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

Info régulière

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

Info générale

4. Institution, 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. Ecole, lieu de formation : (souligner le type de lieu correspondant)

Nom: **externat, école, formation**

Adresse:.....

Personne référente :..... 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.

Cette fiche de renseignements ont été remplie 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. Maladies infantiles Maladies déjà eues (rougeole, varicelle, etc.):

.....

6. Maladies contagieuses

croix, si Oui

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 à la pratique de certains sports ou activités

croix, si Oui

Indiquer les sports pouvant comporter des risques, par exemple en raison de problèmes d'endurance, de problèmes musculaires ou osseux, autres raisons?

Indiquer les activités pouvant comporter des risques, comme par exemple lumière stroboscopique dans des salles de concert...

.....

.....

.....

.....

9. Prise régulière de médicaments

croix, si Oui

Si Oui, veuillez préciser ci-dessous quels sont les médicaments pris régulièrement et leurs indications

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 au responsable du séjour au moment du départ.

Remarques concernant la prise de médicaments

Sont-ils pris de manière autonome ?

Sont-ils pris facilement et de quelle manière ? Astuces ?

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

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

Si Oui, à quoi et quelles réactions?

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

Si oui, joindre le projet d'accueil individualisé (PAI) établi par le Service Santé Jeunesse.

11. Intolérances (par exemple au gluten, au lactose...) croix, si Oui

Si Oui, à quoi et quelles réactions?

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

12. Crises d'épilepsie

croix, si Oui

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

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

Si oui, joindre le projet d'accueil individualisé (PAI) établi par le Service Santé Jeunesse.

13. Asthme

croix, si Oui

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.:

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

Si oui, joindre le projet d'accueil individualisé (PAI) établi par le Service Santé Jeunesse.

14. Remarques générales

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

De manière très concrète

Que faire en cas de

- Maux de tête (quel médicament ?)
- Fièvre
- Indigestion
- Rhume (par exemple, obliger votre enfant à se moucher, car il ne sent pas quand son nez coule...)
.....

Réactions à la douleur

- Est-ce que votre enfant ressent la douleur ? Quelle est sa réaction quand il a mal ?
.....
- Comment réagit-il en cas de petite blessure ? Comment le soignez-vous dans ces cas ?
.....
- A quels signes peut-on remarquer que votre enfant
 - a mal ?.....
.....
 - est anxieux ?
.....
 - a peur ?
.....
 - est en désaccord ?.....
.....
- Comment remarquez-vous que votre enfant est malade (par exemple, il devient silencieux et mange moins...)
.....
.....

Remarques générales

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

Nom, prénom :



1. Communication

1.1. Langage, communication

En français

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

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"/>

Troubles de langage particuliers etc.:

.....

Autres moyens de communication (Makaton, langue des signes, pec's...)

.....

1.2. Vie de groupe, relations sociales

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 :

.....

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 :

.....

De manière très concrète

Langage, communication

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

Descriptif de son utilisation par votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

Comment votre enfant s'exprime ou réagit :

- Quand il a faim

- Quand il a soif

- Quand il doit aller aux toilettes

- Quand il est fâché

- Quand il est fatigué

- Quand il ne comprend pas

- Quand il a envie de faire quelque chose et quand il n'a pas envie de faire quelque chose

.....

- Quand il est content ou quand il est triste

.....

- Quand il aime ou n'aime pas quelque chose

.....

Vie de groupe, relations sociales

Comment votre enfant entre en contact avec les autres ?

.....

Comment entrer en contact avec votre enfant ?

.....

Que faire pour l'aider à entrer en relation ?

.....

Est-ce que votre enfant a parfois besoin de s'isoler du groupe ?

.....

.....

.....

2. Comportement (sécurité)

2.1. Notion et perception du danger

Quelle perception la personne a-t-elle du danger face :

	bonne	moyenne	faible
- à la circulation routière (vitesse des voitures, 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"/>
- au vide (absence d'appui, etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle attitude adopter avec la personne dans ces situations :

.....

.....

.....

2.2. Compétences pour la natation

	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"/>

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. Risque d'agressivité (sur les plans physique, verbal, comportemental)

	aucun	faible	moyen	fort
Existe-t-il un risque d'agressivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sous quelle forme (contre soi-même, des objets, les autres) ?

.....

Situations à risque ?

.....

Comment réagir ?

.....

.....

Prévention, quels sont les signes à observer pour éviter une attitude agressive ?

.....

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 personne a un sens de l'orientation qui lui permet 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? (adolescent) - oui - non

Au retour du séjour, la personne peut-elle rentrer seule chez elle? (adolescent).... - oui - non

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

Les transports publics sont utilisés 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 (par exemple siège adapté pour véhicules)

Précisions sur les moyens auxiliaires :

.....

.....

3.4. Résistance à la fatigue

	fort	moyen	faible
Quel 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. 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 (préciser le type d'aide, par exemple « verbale »...), contrôle, habitudes, remarques

.....

.....

4.2. 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 (préciser le type d'aide), contrôle, habitudes, remarques

.....

4.3. Argent (achats personnels, cadeaux, partage)

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

Aide nécessaire (préciser le type d'aide), contrôle, habitudes, remarques

.....

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

.....

.....

.....

5. Alimentation – Boissons

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"/>
Les aliments doivent être coupés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les aliments doivent être mixés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide nécessaire (couverts particuliers par exemple), contrôle, remarques

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

5.2. Régime alimentaire

Aliments à éviter

Aliments interdits

.....

Problèmes alimentaires, régime alimentaire 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

.....

Boissons autorisées, bues avec plaisir

.....

Eventuelles boissons interdites (café, coca, etc.)

.....

5.4. Particularités éventuelles liées à l'alimentation

Composition habituelle du petit déjeuner (aliments et boisson)

.....

.....

.....

Composition habituelle des repas de midi et du soir, préférences et quantité

.....

.....

.....

.....

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.

6. Soins - Hygiène

6.1. Hygiène et soins corporels

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

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

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Brossage des dents | 4. Coupe des ongles |
| 2. Brossage des cheveux | 5. Douche/bains – lavage cheveux |
| 3. Rasage de la barbe (adolescents) | 6. Toilettes/W.C. |

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

.....

.....

.....

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

Douche

Bains

Lavage des cheveux

Remarques

.....

.....

.....

6.3. Passages aux toilettes 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

6.4. Cycle menstruel (règles)

Aide ou contrôle nécessaire Oui

6.5. Moyen de contraception

Oui

7. Repos / Sommeil

7.1. Horaires (heures du coucher, durée du sommeil, sieste, etc....)

Le repos (sommeil, sieste) est-il géré de façon autonome :

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

Aide nécessaire, contrôle, habitudes, remarques

.....

.....

.....

.....

.....

7.2. Habitudes

Heure du coucher / lever

Rituel ou objets

.....

Sieste (durée)

Possibilités de dormir avec d'autres personnes dans la même chambre ? Si non, pourquoi ?.....

.....

.....

Possibilité de dormir en haut sur un lit à étage ?

.....

7.3. Problèmes particuliers, remarques

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Fiches remplies par :

Nom et prénom :.....

mère père éducateur(trice) la personne elle-même autre:.....

Lieu et dateSignature :