

Fiche de présentation

Nom : _____

Le contenu de cette fiche de présentation permettra aux responsables du camp d'orienter le campeur vers un service d'animation qui sera profitable et source de stimulation pour lui. Cochez les cases qui décrivent le campeur. Cette fiche doit donc présenter le campeur le plus fidèlement possible. Si cette description ne correspond pas au comportement réel du campeur lors de son séjour au camp et que la direction n'en a pas été avisée préalablement, des frais supplémentaires pourront vous être chargés.

PRÉSENTATION PHYSIQUE

Grandeur : _____

Orthèse : oui non

Poids : _____

Lunettes : oui non

Appareils auditifs : oui non

Prothèses dentaires : oui non

Caractéristique(s) particulière(s) : _____

Traits de caractère

Actif <input type="checkbox"/>	Passif <input type="checkbox"/>	Introverti <input type="checkbox"/>	Démonstratif <input type="checkbox"/>
Anxieux <input type="checkbox"/>	Attachant <input type="checkbox"/>	Extraverti <input type="checkbox"/>	Envahissant <input type="checkbox"/>
Fiable <input type="checkbox"/>	Affectueux <input type="checkbox"/>	Pacifique <input type="checkbox"/>	Revendicateur <input type="checkbox"/>
Fonceur <input type="checkbox"/>	Renfermé <input type="checkbox"/>	Solitaire <input type="checkbox"/>	Collaborateur <input type="checkbox"/>
Leader <input type="checkbox"/>	Enjoué <input type="checkbox"/>	Sociable <input type="checkbox"/>	Manipulateur <input type="checkbox"/>

PLAN SOCIAL

Relation avec l'adulte

Cherche continuellement sa présence : oui non parfois

Préfère la relation avec : les femmes les hommes pas de préférence

Relations avec les pairs (amis)

Leader : oui non parfois ne s'applique pas

Indifférent : oui non parfois ne s'applique pas

Particularités

NIVEAU D'AUTONOMIE

	SANS AIDE	AVEC AIDE	AIDE TOTALE	BESOIN D'AIDE POUR
<u>Alimentation</u>				
Se sert à manger :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mange :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Boit : au verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
à la tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Soins personnels</u>				
Se lave :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se lave les cheveux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se rase :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prend : un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Va à la toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Habillement</u>				
S'habille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se déshabille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Mobilité</u>				
Marche à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Marche à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Monte les escaliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Descend les escaliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
En fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres appareils :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(fournir le fauteuil roulant ou autres appareils)				

TROUBLES DE COMPORTEMENT

Agressivité physique envers les autres Agressivité physique envers soi-même
Agressivité verbale envers les autres Agressivité verbale envers soi-même
Opposition occasionnelle Opposition régulière S'automutile
Compulsif Peut frapper Problème de fugue
Autres : _____

COMMUNICATION

Élocution

Utilise le langage :

parlé gestuel non verbal ne parle pas

avec pictogrammes signé

Commentaires : _____

Compréhension

Comprend les consignes :

très simples simples complexes

Se fait comprendre : facilement difficilement

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Alimentation

Nourriture : normale coupée purée

Diète spéciale : oui non Précision : _____

Appétit : normal léger gros

N'aime pas : _____

Utilise : couteau cuillère fourchette ne s'applique pas

Habitudes, types de sommeil,...

Sommeil léger profond reposant agité

Commentaires : _____

Se couche à ____ heures Avec aide Sans aide

Se lève à ____ heures Avec aide Sans aide

Se réveille la nuit : oui non vers ____ heures

Raison : _____

Fait une sieste : oui non vers ____ heures

Incontinence

Incontinence urinaire : oui non jour nuit

Incontinence fécale : oui non jour nuit

Porte une culotte de protection : jour nuit ne s'applique pas

Mouille son lit : régulièrement à l'occasion jamais

Autres :

Sait nager : oui non

A peur de l'eau : oui non

Commentaires : _____

Conscient du danger : oui non

Commentaires : _____

Fumeur : oui non Commentaires : _____

Loisirs et passe-temps

- Ballon Danse Musique Balançoire Jeux de société
Bingo Dessin Piscine Coloriage Promenade
Casse tête Bricolage Se bercer Mots mystère

Autres : _____

AUTRES PARTICULARITÉS

- | | oui | non |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Est hyperactif : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est capable de se concentrer : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A une bonne mémoire : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A besoin d'être rassuré : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- occasionnellement régulièrement

A peur de : _____

Son humeur est : _____

A la manie de: _____

Commentaires: _____

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- | | |
|--|--|
| Troubles de stress <input type="checkbox"/> | Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> |
| Humeur déprimée chronique <input type="checkbox"/> | Phobie Sociale <input type="checkbox"/> |
| Trouble dépressif majeur <input type="checkbox"/> | Phobies spécifiques <input type="checkbox"/> |
| Troubles d'anxiété généralisée <input type="checkbox"/> | Troubles paniques <input type="checkbox"/> |
| Troubles obsessionnels-compulsifs <input type="checkbox"/> | Schizophrénie <input type="checkbox"/> |
| Troubles affectifs : <input type="checkbox"/> | Paranoïaque <input type="checkbox"/> |

PEUT :

- Délirer Frapper Halluciner Être colérique
Faire de l'insomnie Refuser de s'exprimer

AUTRES

Réactions en état de tension

Remarques particulières et/ou points qui demandent une attention particulière

