

# 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
<b><u>Alimentation</u></b>				
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"/>	_____
<b><u>Soins personnels</u></b>				
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"/>	_____
<b><u>Habillement</u></b>				
S'habille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se déshabille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b><u>Mobilité</u></b>				
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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_