

PROFIL DU STAGIAIRE

Document à retourner à Horizons Jeunesse, 24 Rue des Dames Blanches à 5000 Namur ou par fax au 081/220.801.

Il est essentiel que les informations soient exactes et précises, afin de pouvoir harmoniser le groupe au mieux et ainsi garantir une agréable intégration en séjour.

Dès analyse du dossier, vous recevrez la fiche d'inscription.

A. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

<u>1/ Bénéficiaire</u> Nom : Né(e) le Prénom : Sexe(M/F) ... Nationalité Domicile : Personne de contact : Tel :	<u>2/ Photo</u>
---	-----------------

<u>3/ Etablissement fréquenté</u> Institution : Adresse : Tel : Directeur ou éducateur référant :

B. INFORMATIONS PERSONNELLES

<u>1/ Nature du handicap et informations médicales</u> Médecin traitant Nom Prénom Adresse : Tel :
--

Type et degré de handicap :

Groupe sanguin :

Poids : Taille :

L'enfant est-il soigné par homéopathie ? Oui Non

Présente-t-il des allergies ? Oui Non

Si oui, précisez l'agent responsable et les dispositions à prendre :

Doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, lequel :

L'enfant a-t-il eu une ou plusieurs maladie(s) grave(s) ? Oui Non

Si oui, quand et lesquelles ?

L'enfant a-t-il déjà été opéré ? Oui Non

Si oui, quand et pour quelle(s) raison(s) ?

Est-il incontinent ? Oui Non

Si oui, de nuit et/ou de jour ?

Porte -t-il des langes ? Oui Non

Faut-il le réveiller la nuit ? Oui Non

L'enfant souffre-t-il de :

<u>MALADIES</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>Si oui, quel est son traitement habituel ?</u> <u>Quelles sont les précautions à prendre ?</u>
Diabète			
Epilepsie			
Affection de la peau (à préciser)			
Somnambulisme			
Insomnie			
Maladie contagieuse (à préciser)			
Asthme			
Affection respiratoire chronique (à préciser)			
Saignement de nez			
Maux de tête fréquents			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissement			

Si votre enfant doit suivre un traitement durant le séjour, merci de transmettre par écrit, le nom du médicament, la fréquence et la posologie. Ce document est à remettre au responsable sur place.

Précisez également si le traitement doit être impérativement donné par une infirmière, par un adulte ou si l'enfant peut le suivre seul.

Vaccinations	Date de la vaccination du ou dernier rappel
Poliomyélite Diphtérie- Tétanos-Coqueluche Haemophilus influenzae Rougeole-Rubéole- Oreillons Hépatite B Méningite de type C Tuberculose (BCG) Pneumocoque Autre à préciser :.....	

2/ Autonomie et habitudes de vie

Physique

L'enfant a-t-il des problèmes moteurs ? Oui Non
 Si oui, lesquels ?
 Est-il capable de marcher seul ? Oui Non
 Avec des béquilles ? O/N Avec un fauteuil roulant ? O/N En permanence ? O/N
 Sporadiquement ? O/N Si permanent, a-t-il (elle) un minimum d'autonomie ? O/N
 (Attention, fauteuil pliable uniquement)
 Si oui : Combien de km peut-il parcourir ?
 A-t-il des troubles de l'équilibre ? Oui Non
 Peut-il marcher dans le sable ? Oui Non
 Est-ce possible pour lui d'emprunter les transports en communs ? Oui Non
 Droitier ou gaucher ?.....
 Peut-il lire ? Peut-il écrire ?
 Est-il capable de nager ? Seul ? Avec brassards ?
 Petite ou grande profondeur ? En mer ?..... En piscine ?
 Rouler en vélo ? O/N Pédaler ? O/N En kwistax ? O/N
 Problème d'ouïe ? Porte-t-il un appareil auditif ?

Quotidien : Répondre par : **S** eul, **s** Timuler, **I** ntervenir.

Les repas ? La toilette ? L'habillement ? ...

Douche ? O/N Evier ? O/N

Peut-il dormir dans un lit superposé ? O/N En haut ? O/N En bas ? O/N

A-t-il des habitudes qui peuvent le rassurer quand au coucher, aux nuits, aux balades ou autres ?

.....

Mental et psychique

Difficulté d'élocution ? O/N.....

Peut-il rester seul dans le centre ? O/N A-t-il le sens de l'orientation ? O/N

Est-il fugueur ? O/N A-t-il conscience du danger ? O/N

A-t-il des phobies ? O/N

Est-il attiré par le feu, les voitures, autres..... ? O/N

3/ Comportement social

L'enfant présente-t-il des troubles du comportement ou de la personnalité ? O/N

Si oui, lesquels ?

A-t-il des tendances dépressives ? O/N

A-t-il des manifestations agressives ? O/N

Envers lui-même ? O/N Envers les autres ? O/N

Type de relation avec les autres ? (**B**onne, **R**éservé, tendance à s'**I**soler)

Le groupe ? Les animateurs ? L'homme ? La femme ? Les étrangers ?

Les enfants ? Les animaux ? L'autorité ?

Attitude pédagogique préconisée ?

Autres remarques :

NOTES IMPORTANTES POUR LES PARENTS.

Par leur signature ci-dessous, les parents ou responsables de l'enfant :

1. reconnaissent avoir pris connaissance de ce que l'a.s.b.l. HORIZONS JEUNESSE a pris des dispositions pour assurer la couverture des risques "responsabilité civile" lui incombant.

2. autorisent, en cas d'urgence et dans l'éventualité où ils ne pourraient pas être contactés dans les délais requis, le chirurgien de l'établissement dans lequel l'enfant a été admis, à pratiquer sous narcose l'opération qu'il jugerait INDISPENSABLE (par exemple appendicite aiguë).

3. si la présente fiche n'est pas complètement remplie, ou si la signature des parents manque, la direction du centre est autorisée à prendre les mesures d'urgence qui s'imposent pour la sauvegarde de la santé de l'enfant.

4. Affirment que ces renseignements sont complets, sincères et cernent le mieux le profil de l'enfant. Toute inexactitude ou dissimulation réduira, en cas d'évènement y afférent, la responsabilité d'Horizons Jeunesse, voire entrainera le refus ou l'interruption de participation au séjour.

Veuillez joindre quelques vignettes pharmaceutiques.

Nom du/des signataire(s) et fonction :

Date :

Signature(s) :