

# Joindre ce formulaire à votre inscription en ligne

## Vacances Altéo

### Aidez-nous à vous connaître - 2024

**Pour un accompagnement optimal, complétez ce formulaire dans son entièreté.  
Dans le cas contraire, votre demande d'inscription sera rejetée.**

Nom et prénom du vacancier : .....

Date de Naissance : .....

Numéro de téléphone de contact : .....

Lieu de résidence :  Domicile  Institution  Autre : .....

#### Votre situation

Le vacancier est-il sous un régime de protection judiciaire ?  de biens  de personnes

J'ai une maladie et / ou un handicap

Situation		Dénomination	Précisions (obligatoire)	Matériel
Handicap physique	<input type="checkbox"/>			
Handicap mental	<input type="checkbox"/>			
Handicap visuel	<input type="checkbox"/>			
Handicap auditif	<input type="checkbox"/>			
Maladie	<input type="checkbox"/>			
Maladie mentale	<input type="checkbox"/>			
Autisme	<input type="checkbox"/>			

Je suis valide mais l'âge réduit mon autonomie

Je suis valide

(j'accompagne la personne suivante : ..... + lien.....)

#### Votre vie Journalière

Quel est votre poids : ..... Kg (cela nous permet de vous attribuer un accompagnement adéquat).

Pour les actes de la vie journalière ci-dessous, veuillez indiquer vos capacités.

Vie journalière	Oui	Non	Précisions (aide matérielle et/ou humaine)
Êtes-vous capable de vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelle distance pouvez-vous parcourir ?	A l'intérieur : A l'extérieur :		
Êtes-vous capable de manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(stomie, fausse déglutition...)
Êtes-vous capable de vous laver ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Êtes-vous capable d'aller aux toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(protection...)
Êtes-vous capable de vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous capable de vous mettre au lit ou dans un fauteuil et en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous besoin de soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous besoin de séance de kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avez-vous une alimentation particulière à suivre :  oui  non - Spécifiez : .....

.....

Remarques :

## Comportement

Rencontrer vous des difficultés dans les thématiques suivantes :

Comportement	Oui	Non	Précisions
Communication / langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de se perdre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vie en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Violence / agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques :

