



## **ANNEXE 5 - Modèle du questionnaire mentionné à l'article R. 412-11 3° du code du tourisme**

Nom, prénom et date de naissance du vacancier : .....

Lieu de résidence habituelle : .....

En cas de mesure de protection juridique, nom(s) et prénom(s) de la (ou des) personne(s) l'exerçant : .....

### **ATTENTION**

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

#### **1 Toilette et hygiène personnelle**

Entretien personnel	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnaît ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			
	Oui	Non	Autres précisions
Hypersialorrhée			
Est énurétique le jour			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Est énurétique la nuit			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Est encopétrique le jour			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
Est encopétrique la nuit			Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?
A peur du bain			
A peur de la douche			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

## 2 Alimentation

Alimentation	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	Oui	Non	Autres précisions
Faut-il mixer les aliments			
Régime alimentaire			
Risque de fausse-route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc.			

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts, besoin d'accessoires, etc.)

## 3 Nuit, sommeil, lever, coucher

Nuit, sommeil, lever, coucher	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur le l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

Autres précisions et préconisations

#### 4 Santé

ATTENTION : joindre la fiche ci-jointe relative aux informations médicales ainsi que l'original des ordonnances utiles : médicaments, lunettes, lentilles, soins, etc.

Gestion et suivi du traitement médical-----☐ autonome----- ☐ assistance----- ☐ aide totale (cocher la case utile)

-----☐ sans objet

Se déplace en fauteuil -----☐ en permanence

-----☐ occasionnellement

-----☐ non

Utilise en canne d'aide à la marche -----☐ en permanence

-----☐ occasionnellement

-----☐ non

Utilise une canne blanche -----☐ en permanence

-----☐ occasionnellement

-----☐ non

Port de lunettes correctrices -----☐ en permanence

-----☐ occasionnellement

-----☐ non

Port de lunettes de protection -----☐ en permanence

-----☐ occasionnellement

-----☐ non

Port de lentilles -----☐ en permanence

-----☐ occasionnellement

-----☐ non

Port d'une prothèse dentaire amovible----- ☐ oui -----☐ non

Port d'une prothèse auditive -----☐ oui -----☐ non

Port de chaussures orthopédiques ----- ☐ oui -----☐ non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

#### 5 Habitudes de vie et comportement

Habitudes de vie/Comportement	Oui	Non
La personne vit-elle habituellement en couple		
La/le conjoint(e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		

Goûts particuliers		
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisse		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Tendance au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

## 6 Communication

Communication	Oui	Avec correction	non
Voit			
Entend			
	Oui	Un peu	Pas du tout
Communique par le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (langue des signes française, etc.)			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication			
Communique par pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Aphasie			
Logorhées/itérations			

	Seul	Avec une aide	Non
Ecriture			

Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'Internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une table alphabétique ou d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

## 7 Sorties et déplacements

Sorties et déplacements	Oui	Non	Avec une préparation/ Préciser
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S'adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

## 8 Gestion de l'argent personnel

Gestion de l'argent de poche-----☐ autonome-----☐ avec une aide -----☐ non

Réalisation d'un achat simple-----☐ autonome-----☐ avec une aide-----☐ non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

### 9 Activités sportives et de loisirs

Activités sportives et de loisirs	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)		
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)		
Fatigabilité (préciser)		
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)		
Sait nager		
A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel		
Contre-indication à sortir le soir		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

#### 10 Fiche relative au traitement médical

##### ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

Nom, prénom :: .....

Sexe féminin ☐      Sexe masculin ☐

Date et lieu de naissance : .....

Adresse du lieu de résidence habituelle : .....

.....

Numéro de sécurité sociale : .....

Caisse d'affiliation :: .....

Séjour choisi .....

Période du séjour choisi : .....

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du représentant légal ou le la personne la plus proche à joindre en cas de nécessité : .....

---

.....

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

---

.....

.....

Est-il joignable durant le séjour ?-----☐ oui-----☐ non -----

Si le médecin traitant n'est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin joignable durant le séjour :

.....

.....

.....

Déficience/handicap :

☐Moteur----- ☐ sensoriel-----☐ mental-----☐ cognitif -----☐psychique-----☐polyhandicap:

.....

Pathologie (s) associée(s-) .....

.....

.....

.....

.....

.....

Prescription médicale en cours (joindre l'ordonnance) :

1° Prise des médicaments

Prescription	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 et doses prescrites :				
Médicament 2 et doses prescrites :				

Médicament 3 et doses prescrites :				
Médicament 4 et doses prescrites				
Médicament 5 et doses prescrites				

2° Autres soins prescrits :

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

Autres informations :

Le vacancier gère t'il seul son traitement ?----- ☐ oui -----☐ avec une aide----- ☐ non -----

Groupe sanguin :

Vaccinations à jour :

Hépatite A :----- ☐ oui ☐ non -----Date du dernier rappel-----

Hépatite B :----- ☐ oui ☐ non -----Date du dernier rappel-----

Tétanos :----- ☐ oui ☐ non----- Date du dernier rappel-----

Grippe :----- ☐ oui ☐ non-----Date du dernier rappel-----

Autres : -----

-----

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc -----

-----

-----

-----

Asthmatique----- ☐ oui--☐ non--- Si la réponse est oui, date de la dernière crise :-----

Epileptique----- ☐ oui--☐ non---Si la réponse est oui, date de la dernière crise :-----

Contre indications :

Baignade ----- ☐ oui-----☐ non-----

Autres activités nautiques----- ☐ oui-----☐ non-----



Autres activités sportives-----☐ oui-----☐ non -----  
 Préciser-----  
 -----L'altitude  
 est-elle déconseillée ?-----☐ oui-----☐ non-----  
 Une activité soutenue est-elle déconseillée ?----- ☐ oui-----☐ non-----  
 Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?-----☐ oui-----☐ non-----  
 ----

Pour les vacancières :

Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) -----  
 -----

La vacancière gère t'elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise du médicament-----  
 ---

Date des dernières règles :-----

Les règles sont-elles-----☐douloureuses-----☐abondantes-----

Aménorrhées :----- ☐ oui-----☐non-----

Dysménorrhées :-----☐ oui----- ☐ non-----

Le vacancier fume t'il des produits du tabac ? ----- ☐ oui-----☐ non-----

Le vacancier consomme t'il ses boissons alcooliques ?--- ☐ oui----- ☐ non-----

A-t-il une consommation problématique d'alcool ?----- ☐oui----- ☐non-----

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Lieu, date et signatures du vacancier ou de son représentant légal et du médecin

# 11 Autorisation d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale :

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

.....  
 .....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne

.....  
 .....

Fait à ....., le .....

Signature du vacancier ou de son représentant légal

Synthèse du séjour par le responsable du séjour :

Lieu, date et signature du responsable du séjour :