

Habitudes de vie

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____ Je vis : ☐ Seul ☐ En établissement ☐ En famille

Adresse _____ CP : _____ Ville _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ @ _____

Êtes-vous sous tutelle ou curatelle ☐ Si oui, quel est son nom : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ @ _____

Autonomie de déplacement :

Je marche seul ☐ avec aide humaine ☐ autre, précisez _____

Je viendrai avec un fauteuil ☐ Manuel ☐ Electrique Avec coque ☐ Hauteur : _____ Profondeur : _____

Largeur : _____ Poids : _____ Marque/modèle : _____

Si batterie préciser son type : _____ et puissance en watt : _____

Communication

Défauts d'élocution : oui ☐ non ☐

Gestes de la vie quotidienne

	Oui	Non		Oui	Non
Je me lève et me couche seul	☐	☐	Je fais ma toilette seul	☐	☐
Je me rase seul	☐	☐	Je m'habille seul	☐	☐
J'ai besoin d'aide la nuit	☐	☐			
Je mange seul :	☐	☐	☐ Uniquement à la cuillère	☐ Avec mes propres couverts	
Je bois seul :	☐	☐	☐ Avec pipette ou paille	☐ Avec mon propre gobelet	

Alimentation Mode : Ordinaire ☐ Haché ☐ Mixé ☐ Aliments à éviter : _____

☐ Régime alimentaire, si oui, quel type : _____

Quel que soit le mode d'élimination, je le fais seul Oui ☐ Non ☐

Urinaire (mode de miction) Normal (WC) ☐

Bassin/Urinal ☐ Etui pénien (vulvaire) + poches ☐ Protection (couches ...) ☐ Sonde à demeure

☐ Stomie urinaire ☐ Auto-sondage (seul) ☐ Hétéro-sondage (par un tiers) – Combien de fois/jour : _____

Intestinal

Élimination des selles : ☐ Normale (WC) ☐ Bassin/siège adapté ☐ Protection ☐ Stomie digestive ☐

Déficiência mentale ☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère

Troubles cognitifs ☐ Légers ☐ Moyens ☐ Sévères

Types de troubles : _____

Comportement

Perturbateur ☐ Difficultés en collectivité ☐ Réaction inappropriée ☐ Fugue
Mauvaise gestion du danger ☐ Dangereux pour les autres ☐ Mise en de lui-même ☐

Confort personnel

Besoin de disposer de : ☐ Lit médicalisé ☐ Bassin ☐ Urinal ☐ Chaise percée ☐ Lève-personne

Autre, préciser _____

J'apporterai mon propre matériel (gélifiant, couverts adaptés...)

Précisez lequel : _____

Pour respecter votre rythme de vie préféré

- ☐ Je suis plutôt lève tôt ☐ Je suis plutôt lève tard
☐ Je suis plutôt couche tôt ☐ Je suis plutôt couche tard
☐ J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste) de _____ heure(s)
☐ Je peux voyager assis sur un siège de voiture normale pendant _____ heure(s)

Personne à joindre en cas d'urgence

Nom et Prénom _____ lien de parenté ? _____

Adresse _____ CP : _____ Ville _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ @ _____

Observations :

Questionnaire rempli par _____

A _____ le _____ Signature(s)

Joindre impérativement les dernières prescriptions

Joindre une photocopie du passeport en cours de validité.

◆ Note importante pour nos adhérents

Ce séjour est vendu par Sisterim LTD, société partenaire de l'association Librensemble qui reste votre interlocuteur de confiance pour l'accompagnement et le suivi. Le changement de facturation vise uniquement à simplifier les démarches administratives et à garantir la conformité internationale. Les prestations restent inchangées et assurées avec le même engagement de qualité.

Mentions légales :

- Séjour organisé exclusivement par SISTERIM LTD
- Les prestations sur place sont assurées par HADIANE SERVICE, sous-traitant en Tunisie
- L'association Librensemble agit uniquement comme relais associatif et n'intervient pas dans la vente ou l'organisation logistique