



DOSSIER VACANCIER.E ÉTÉ 2026

1 SÉJOUR RÉSERVÉ

Destination choisie

Dates du ____ / ____ au ____ / ____

Photo obligatoire

2 ÉTAT CIVIL

Nom

Prénom

Genre

F

M

☐☐

Date de Naissance

Âge

Nationalité

N° de sécurité sociale

3 LIEU de VIE

Famille

☐

Nom

Famille d'accueil

☐

Adresse

Établissement

☐

Appartement

☐

C.P.

Ville

Autre

☐

Tél

Mail

4 RESPONSABLE LÉGAL

Nom

Adresse

C.P.

Ville

Tél

Mail

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom

Prénom

Téléphone

5 HANDICAP

Déficience(s) ☐ Motrice ☐ Sensorielle(s) :

☐ Mentale ☐ Cognitive(s)

☐ Psychique

Troubles associés

Traitement médical permanent ☐ Oui ☐ Non Soins infirmiers réguliers ☐ Oui ☐ Non

Travaille en ESAT ☐ ☐

Autonomie générale ☐ TRÈS BONNE Encadrement minime
☐ BONNE Encadrement discret et ponctuel
☐ MOYENNE Encadrement actif permanent

6 SANTÉ - MÉDICAL

| | Oui | Non | Précisions |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Troubles de la vue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Troubles de l'audition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Problèmes dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Cardiopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Contre-indication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stabilisée <input type="checkbox"/> Fréquence <input type="text"/> |
| Hypersialorrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Oui | Non | Précisions |
| Énurésie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne |
| Encoprésie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne |
| Trouble de la sexualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Contraception | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sujet à constipation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fatigabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Port de chaussures orthopédiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Port de bas de contention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Port de bandes de contention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

7 COMPORTEMENT

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | Facile | Moyen | Difficile | Précisions |
| Relations avec le groupe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Relations avec les encadrants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Relations avec l'extérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Expression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Compréhension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | Oui | Non | Précisions | |
| Tendance à fuguer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| Trouble de l'agressivité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| Tendance à l'automutilation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| Tendance à s'isoler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| Trouble de la mémoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |
| Comportements inadaptés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | |

| | Oui | Non | Précisions |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Troubles obsessionnels et compulsifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Angoisses / phobies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Délires / hallucinations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mise en danger de soi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rituels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Consommation d'alcool autorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Consommation de tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

8 COMMUNICATION

| | Oui | Non | Précisions |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Voit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Entend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Communique par le langage verbal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Communique par le langage non verbal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sait lire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sait écrire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation du téléphone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2 SORTIES ET DÉPLACEMENTS

| | Oui | Non | Précisions |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Se repère dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Se repère dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mémoire un lieu à atteindre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S'adapte à des lieux nouveaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Supporte les lieux publics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lit l'heure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Oui | Non | Précisions |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Lit les panneaux indicateurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sait demander son chemin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sait rentrer à heure fixe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sortie seul(e) autorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

10 CAPACITÉS MOTRICES

| | Oui | Non | Précisions |
|--|--|--|-------------------------------------|
| Difficultés motrices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Appareillage (fauteuil, déambulateur, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Capable de monter quelques marches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Capable de monter un escalier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sait nager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Baignade surveillée autorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Pratique sportive autorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Capable de marcher | Sur une courte distance <input type="checkbox"/> | Ballade / Promenade <input type="checkbox"/> | Randonneur <input type="checkbox"/> |

11 TOILETTE ET HYGIÈNE CORPORELLE

| | Seul | Avec aide partielle | Avec aide constante | Précisions |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Se lave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Se brosse les dents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Se rase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Se coiffe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| S'habille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Change ses vêtements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Reconnait ses vêtements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Se chausse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Va aux toilettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

12 ALIMENTATION

| | Seul | Avec aide partielle | Avec aide constante | Précisions |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Mange | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Boit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Alimentation mixée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Précisions | <input type="text"/> |
| Risque de fausse route | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |
| Régime alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |
| Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |

13 NUIT, SOMMEIL

| | Oui | Non | Précisions |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Se couche tôt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| A peur de l'obscurité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| A des difficultés à s'endormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Se réveille la nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Déambulation nocturne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| A des insomnies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| A des angoisses nocturnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fait la sieste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

14 VIE QUOTIDIENNE

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Séjour en couple | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Conjoint(e) présent(e) dans la même chambre : <input type="text"/> |
| Souhaite partager la chambre de | <input type="text"/> | | |
| Gère seul(e) son argent personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisions <input type="text"/> |
| Gère seul(e) sa consommation de tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisions <input type="text"/> |

15 LOISIRS

| | Oui | Non | Ne sait pas | | Oui | Non | Ne sait pas |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aime le cinéma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aime les jeux de société | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime la télévision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aime les ballades en ville | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime regarder des dvd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aime les ballades dans la nature | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime écouter de la musique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aime chanter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime dessiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aime le théâtre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime sortir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aime le sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime lire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres (préciser) | <input type="text"/> | | |

16 RAPPORT DE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Veillez décrire dans ce cadre toutes les informations nécessaires à une prise en charge de qualité du vacancier (habitudes de vie au lever/coucher, pendant les repas, lors de l'accompagnement à l'hygiène, pendant les activités/sorties, ses rituels, ...)

17 ATTESTATION

Je soussigné, _____ agissant en qualité de _____

certifie que les informations précisées dans ce dossier sont exactes. Toute fausse déclaration ou information volontairement omise concernant le vacancier et pouvant porter préjudice à son accompagnement, à sa sécurité, à sa santé et à son bien-être pourra faire l'objet d'un signalement aux autorités compétentes.

Fait à _____, le _____

Signature :



18 AUTORISATION D'HOSPITALISATION ou D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (le vacancier lui-même ou son représentant légal) _____

autorise 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.

Fait à _____, le _____

Signature du vacancier ou de son représentant légal :



19 AUTORISATION D'UTILISATION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné (le vacancier lui-même ou son représentant légal) _____

autorise / n'autorise pas (cocher la case concernée) Vacances en Fêtes à prendre des photographies durant le séjour et à :

Autorise

N'autorise pas

Imprimer les photos pour en faire
un album pour le vacancier

☐☐

Partager les photos sur nos réseaux sociaux
(facebook / instagram)

☐☐

Utiliser les photos sur notre site internet

☐☐

Diffuser les photographies dans la presse
(article(s) dans les journaux locaux)

☐☐

Fait à _____, le _____

Signature du vacancier ou de son représentant légal :



Liste des pièces à fournir pour le départ en séjour (les documents soulignés doivent être impérativement joints au dossier).

- ☐ Photocopie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité
La photocopie de la carte vitale n'a aucune valeur
- ☐ Photocopie de la carte de mutuelle
- ☐ Photocopie de la carte d'invalidité
- ☐ Photocopie de l'ordonnance des traitements en cours
- ☐ Ordonnance liée aux prises en charge spécifiques (fauteuil roulant, déambulateur,...)
- ☐ Ordonnance pour l'intervention d'un.e IDE si nécessaire (gouttes, soins particuliers,...)
- ☐ Copie de carte de groupe sanguin
- ☐ Enveloppe médicale cachetée pour les personnes qui résident en
MAS/FAM conformément à l'article D.344-5-8 du Code de l'Action Sociale et
des Familles
- ☐ Dossier du.de la vacancier.e complet
- ☐ Le jour du départ, fournir la carte vitale SURTOUT si intervention IDE
(sans la carte vitale pas d'IDE, également pas de possibilité de remise à jour
des traitements en pharmacie en cas de pilulier erroné
donc prise de médicaments impossible)
- ☐ Liste des adresses pour l'envoi de cartes postales
ou enveloppe(s) préparée(s)

Pour l'envoi de carte(s) postale(s) :

NOM & Prénom

Adresse

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |