



# DOSSIER VACANCIER.E ÉTÉ 2026

## 1 SÉJOUR RÉSERVÉ

Destination choisie

**Photo obligatoire**

Dates du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 2 ÉTAT CIVIL

Nom

Genre  F  M

Prénom

Âge

Date de Naissance

Nationalité

N° de sécurité sociale

## 3 LIEU de VIE

Famille

Nom

Famille d'accueil

Adresse

Établissement

C.P.  Ville

Appartement

Tél

Autre

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**

Troubles de la vue     Oui     Non    Précisions \_\_\_\_\_

Troubles de l'audition   

Problèmes dentaires   

Cardiopathie   

Allergie   

Asthme   

Diabète   

Contre-indication   

Epilepsie     Stabilisée     Fréquence \_\_\_\_\_

Hypersialorrhée

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

## 7 COMPORTEMENT

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

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

## **8 COMMUNICATION**

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

## **9 SORTIES ET DÉPLACEMENTS**

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

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

## **10 CAPACITÉS MOTRICES**

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

## **11 TOILETTE ET HYGIÈNE CORPORELLE**

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

## 12 ALIMENTATION

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

## 13 NUIT, SOMMEIL

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

## 14 VIE QUOTIDIENNE

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

## 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

Veuillez 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 :



## PIÈCES À FOURNIR

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------------	-------------------------------------