

Photo
d'identité
récente

DOSSIER CONFIDENTIEL JEUNE

CAMP MAJOR

Nom et prénom de l'enfant/jeune:

.....

Camp Major du (date) :

.....

Famille reçue par : le :
(éléments remplis par l'Eau Vive)

Dossier rempli le :

**Ce dossier est à renvoyer avec votre dossier d'Inscription. Merci de le remplir soigneusement.
Afin de respecter les obligations imposées par la CNIL, ce dossier doit être manuscrit.**

INFORMATIONS GENERALES SUR LE JEUNE

Enfant/Jeune

Nom : Prénom :

Sexe : garçon fille

Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :
.....

Famille/Responsable/Personne à contacter

Nom et prénom du père :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

E-mail :

Profession :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

E-mail :

Profession :

L'enfant/le jeune a-t-il des frères et sœurs? oui non

Prénom	Lien spécifique avec le jeune ?	Date de Naissance

Si le jeune est mineur :

Nom du tuteur ou du responsable légal (mettre les noms des deux parents si autorité partagée) :

.....

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

E-mail :

Si le jeune est majeur :

Mesure de protection juridique : Oui Non

Préciser (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice...) :

Nom du tuteur/curateur ou organisme de tutelle :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

E-mail :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Lien avec l'enfant/le jeune :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom :

Lien avec l'enfant/le jeune :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Institution spécialisée dont dépend l'enfant/le jeune (s'il y a lieu) :

Nom de l'institution et type :

Adresse :

Tél. :

Nom du service : Pavillon :

Mode de fréquentation :

L'institution est le lieu de vie Pensionnaire la semaine

Demi-pensionnaire Externe Autre :

Responsable du service :

Tél. et n° de poste :

Personne à contacter en priorité si l'institution est le lieu de vie :

Nom : Fonction :

Tél. :

Horaires de travail :

Suivi dont bénéficie éventuellement l'enfant/jeune :

Médecin spécialiste Oui Non Fréquence :

Préciser la spécialité :

Assistante sociale Oui Non Fréquence :

Educateur spécialisé Oui Non Fréquence :

Kinésithérapie Oui Non Fréquence :

Orthophonie Oui Non Fréquence :

Ergothérapie Oui Non Fréquence :

Psychomotricité Oui Non Fréquence :

Psychologie Oui Non Fréquence :

Autres (préciser) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indiquer ci-après les antécédents importants (accidents, hospitalisations, interventions chirurgicales, ré-éducation) en précisant où et quand ils ont eu lieu et les précautions à prendre :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Nature : Année :

Vaccinations :

Joindre une photocopie du carnet de santé & remplir la Fiche Sanitaire de Liaison du Ministère

Le jeune souffre-t-il de façon permanente ou épisodique de :

Problèmes thyroïdiens. Préconisations :

.....
.....

Diabète. Préconisations :

.....
.....

Atteinte cardiaque. Préconisations :

.....
.....

Epilepsie. Préconisations :

.....
.....

.....
.....

Asthme. Préconisations :

.....
.....

Fragilité bronchique. Préconisations :

.....
.....

Infection virale (hépatite B, C, VIH). Préconisations :

.....
.....

Reflux Gastro-Oesophagien, vomissements. Préconisations :

.....
.....

Affection de la peau. Préconisations :

.....
.....

Insomnie. Préconisations :

.....
.....

Saignement de nez. Préconisations :

.....
.....

Maux de ventre. Préconisations :

.....
.....

Constipation. Préconisations :

.....
.....

Diarrhée. Préconisations :

.....
.....

Incontinence. Préconisations :

.....
.....

Maux de tête. Préconisations :

.....
.....

Autre. Préconisations :

.....
.....

.....
.....

.....
.....

HABITUDES DE VIE

1) La communication :

L'enfant/le jeune porte-t-il des lunettes ? Oui Non Des lentilles ? Oui Non

L'enfant/le jeune porte-t-il un appareil auditif ? Oui Non

Si oui, préciser à quels moments il le porte et s'il faut l'aider à le manipuler :

.....
.....
.....

A-t-il du vocabulaire propre ? Oui Un peu Non

Précisez éventuellement quelques mots spécifiques et leur signification :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont ses autres moyens d'expression ?

- Pleure-t-il ? Oui Non Qu'est-ce que cela peut vouloir dire ? Pleurs faciles ?

.....
.....

2) Déplacements en Véhicule :

Comment voyage-t-il ? assis normalement
 sur un rehausseur ou siège spécifique (à nous fournir)

Est-il malade en voiture ? Oui Non

Précautions à prendre :
.....
.....
.....

Précautions à prendre pour l'installation dans le véhicule (placement notamment) :
.....
.....

3) Les repas :

Mode d'alimentation :
Nourriture normale En petits morceaux

Régime particulier :
.....
.....

Plats avec lequel le jeune a de réelles difficultés :
.....
.....

Plats qu'il affectionne particulièrement :
.....
.....
.....

A-t-il bon appétit ?

Faut-il spécialement veiller à limiter les quantités ? Oui Non

Lui arrive-t-il : de faire des fausses routes ? Oui Non

de s'étrangler en mangeant ou en buvant ? Oui Non

Avez-vous des habitudes particulières avec lui ?

.....
.....
.....

Peut-il boire : du thé ? Oui Non

du café ? Oui Non du café décaféiné ? Oui Non

Comment faire passer les médicaments (sous quel mode, avec quelle boisson ou aliment...) ?

.....
.....
.....

4) Le repos :

L'enfant/le jeune manifeste-t-il sa fatigue (précisez éventuellement comment) ?

.....
.....
.....

A quelle heure l'enfant/le jeune se réveille-t-il habituellement ?

A quelle heure se couche-t-il habituellement ?

A-t-il besoin d'un minimum d'heures de sommeil ?

A-t-il des habitudes particulières importantes (lumière, noir absolu, rituel, doudou...) :

.....
.....

Une fois couché, s'endort-il vite ? Oui Non

Se réveille-t-il la nuit ? Oui Non

Peut-il être Somnambule ? Peut-il déranger ses voisins de chambre ? A-t-il des craintes nocturnes ?

.....
.....
.....

Y-a-t-il un rituel de couchage ?

.....
.....
.....

5) La propreté :

L'enfant/le jeune est-il propre la nuit ? Oui Non

Porte-t-il des protections la nuit ? Oui Non

Conseils pour les changes (le jeune est il autonome ?) :

.....
.....

Manifeste-t-il son envie de se rendre aux toilettes ? Oui Non

A-t-il besoin de laxatifs ? Oui Non A quel rythme ? Lesquels ?

Pour une fille, la jeune a-t-elle eu ses premières règles ? Oui Non

A-t-elle des réactions spécifiques ou douleurs à gérer dans ces moments là ? Oui Non

Si oui, lesquelles et comment les gérer ?

.....
.....

En cas de douleurs, autorisez-vous l'infirmière à administrer du Spasfon ou du Paracétamol ?

.....

Gère-t-elle seule ses protections ? Oui Non

.....
.....

L'enfant/le jeune apprécie-t-il habituellement la toilette quotidienne ? Oui Non

Si non, comment l'aider / l'inciter dans ces moments là ?

.....
.....
.....

Quelles sont ses habitudes ? Douche Matin ? Soir ? Pouvons nous modifier ses habitudes en fonction de nos contraintes ?

.....
.....

6) La vie sociale :

Le Jeune se lie-t-il facilement d'amitié ? A-t-il un besoin spécifique d'amis, de référent ?

.....
.....

Epreuve-t-il parfois des peurs, des angoisses ? Oui Non
Si oui, dans quel contexte et comment le rassurer ?

.....
.....
.....

Quels sont vos conseils pour lui remonter le moral, faire passer un moment de stress ou de blues ?

.....
.....

A-t-il déjà fugué ? Oui Non
Si oui, dans quelles circonstances ? Quels sont les signes avant-coureurs ?

.....
.....
.....

Le jeune sait-il nager ? Est-il autonome dans l'eau ?

.....

Le jeune aime-t-il jouer : seul ? Oui Non en groupe ? Oui Non

Quels sont ses jeux ou activités préférés :

.....
.....
.....

L'enfant/le jeune sait-il lire ? Oui Non en partie

A-t-il parfois des gestes d'agressivité ou de violence :

Vis-à-vis d'autres enfants ? Oui Non Vis-à-vis d'adultes ? Oui Non

Lesquels et comment réagir ?

.....

A-t-il parfois des gestes d'agressivité ou de violence vis-à-vis de lui-même ? Oui Non

Lesquels et comment réagir ?

.....
.....

BROUILLON

