



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			<i>Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?</i>
Est énurétique la nuit			<i>Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?</i>
Est encopétrique le jour			<i>Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?</i>
Est encopétrique la nuit			<i>Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?</i>
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		