

Date :

**Photographie
obligatoire**

DOSSIER DEMANDE DE STAGE DECOUVERTE
FICHE 1 : ADMINISTRATIF

1. Informations générales

Merci de bien vouloir renseigner toutes les parties de ce formulaire pour votre enfant. Nous ne pourrons poursuivre le processus de demande que si le formulaire est complet.

Nom Prénom			
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nom, Prénom des parents			
Adresse			
Code Postal		Ville	
Pays		Mail	
Tel. Mère		Tel. Père	

Comment avez-vous connu la Fondation ?	
---	--

2. Situation familiale

Dans quelle situation familiale les parents se trouvent-ils ?	<input type="checkbox"/> Vie commune <input type="checkbox"/> Séparation, autorité parentale exercée par : Coordonnées du 2 nd parent :
--	--

Composition de votre famille :

Nom Prénom	Lien de parenté	Age	Activité professionnelle ou scolarité	Handicaps	Expérience avec les chiens
	Mère				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Père				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date :

3. Résidence

Type d'habitation	<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Autre :
Milieu de vie	<input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Banlieue <input type="checkbox"/> Rural
Y a-t-il des transports en commun à proximité pédestre de votre domicile ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, lesquels :

4. Etablissement scolaire

Est-ce que votre enfant fréquente un établissement scolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Cursus traditionnel <input type="checkbox"/> Cursus spécialisé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Internat		
En quelle classe est-il ?			
Temps plein	hrs/semaine	Temps partiel	hrs/semaine
Nom, coordonnées et tel. de l'établissement			
Est-il envisageable que votre enfant fasse seul le trajet domicile – établissement scolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi :		
Votre enfant a-t-il un Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui, hrs/semaine <input type="checkbox"/> Non		

5. Animaux de compagnie

Avez-vous des animaux de compagnie ?	<input type="checkbox"/> Oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant est-il à l'aise dans le contact avec les chiens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Quelques appréhensions <input type="checkbox"/> Non

6. Les déplacements

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge en locomotion ?	<input type="checkbox"/> Oui, début de prise en charge : Fréquence : Durée : Nom de l'instructeur de locomotion : <input type="checkbox"/> Non
Utilise-t-il une canne blanche ?	<input type="checkbox"/> Oui, fréquence : <input type="checkbox"/> Non, pourquoi :

Date :

Est-il autonome sur certains trajets ?	<input type="checkbox"/> Oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Non
Sur quels trajets a-t-il besoin d'être accompagné ?	

7. Vie quotidienne

Votre enfant sait :	<input type="checkbox"/> Faire sa toilette <input type="checkbox"/> Se laver les cheveux <input type="checkbox"/> S'habiller	<input type="checkbox"/> Se servir à boire <input type="checkbox"/> Couper sa viande
A-t-il déjà dormi en dehors de votre domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans quelles situations a-t-il besoin d'aide ?		
Est-il capable de demander de l'aide ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quelles activités de loisirs pratique-t-il ?		
Est-il envisageable que votre enfant se rende seul à ses activités ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi :	

8. Prises en charge

Votre enfant est-il pris en charge par un service spécialisé ?	<input type="checkbox"/> Oui, pour quels types de prises en charge : Coordonnées du service : <input type="checkbox"/> Non
Est-il pris en charge par des professionnels libéraux ? Précisez	

- **Merci de joindre un bilan récent des prises en charge.**

Dans le cadre de la prise en charge de mon enfant à la Fondation Frédéric Gaillanne, j'autorise celle-ci à conserver et à transmettre aux personnes habilitées toutes informations nécessaires au traitement de mon dossier. Je note que ces informations seront traitées de façon confidentielle.

Nom et signature du représentant légal :

Date :

FICHE 2 : MEDICAL
à remplir par le médecin traitant

Dans le cadre de sa demande de chien guide auprès de la Fondation Frédéric Gaillanne, nous vous demandons de bien vouloir compléter le présent formulaire pour l'enfant.

Nom Prénom		Poids	
Date de naissance		Taille	

L'enfant présente ou a présenté les pathologies suivantes :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atteinte(s) du système nerveux central ○ Atteinte(s) du système nerveux périphérique ○ Paraplégie ○ Tétraplégie ○ Arthrite ○ Fibromyalgie ○ Atteinte(s) orthopédique(s) ○ Troubles de l'équilibre ○ Troubles de la coordination ○ Troubles émotionnels ○ Troubles psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problème(s) respiratoire(s) ○ Problème(s) cardiaque(s) ○ Etourdissements / vertige ○ Epilepsie ○ Déficience auditive ○ Cancer ○ Problèmes circulatoires ○ Diabète ○ Troubles digestifs ○ Troubles alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anxiété ○ Dépression ○ Perte de mémoire ○ Douleurs chroniques ○ Sensibilité à la chaleur ○ Sensibilité au froid ○ Sensibilité à la douleur ○ Temps de réaction lent ○ Ossature fragile ○ Allergies
	Veillez décrire les atteintes rapportées ci-dessus		
	L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Si oui, lequel ?		
	Autres renseignements utiles		
	Voyez-vous une contre-indication à ce que cet enfant bénéficie d'un chien guide ?		

Veillez joindre l'ordonnance de tout traitement médicamenteux régulier. Ces informations seront traitées de façon confidentielle. Pour contacter l'infirmière de la Fondation : chantal.roubaud@fondationfg.org

Nom, cachet et signature du médecin traitant :

Date :

FICHE 3 : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEFICIENCE VISUELLE

à remplir par le médecin ophtalmologue

Votre patient a fait une demande de stage découverte du chien guide à la Fondation Frédéric Gaillanne. Merci de remplir ce questionnaire. Toutes les informations seront traitées de façon confidentielle.

Nom Prénom	
Date de naissance	

Pathologie			
Cause de la pathologie		Age d'apparition	
Evolutivité de la pathologie			
Acuité visuelle :	OG :	OD :	Binoculaire :
Champ visuel			
Le patient porte-t-il des prothèses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipement optique ? Verres teintés ?	
Perceptions lumineuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Héméralopie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient oriente-t-il les sources lumineuses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Eblouissement aux changements de luminance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Photophobie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Altération de la vision des couleurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Renseignements complémentaires			

Nom, cachet et signature du médecin traitant :

Date :

FICHE 4 : BILAN DE LOCOMOTION
à remplir par l'instructeur de locomotion

Nom Prénom de l'auteur du bilan	
Coordonnées	
Nom Prénom du jeune	

Détail de la prise en charge en locomotion depuis le début	
Fréquence actuelle du suivi en locomotion	
Utilisation de la canne	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> en permanence <input type="checkbox"/> occasionnellement, circonstances :

1. Données ophtalmologiques

Non-voyant Malvoyant

Acuité visuelle : OG : OD : Binoculaire : Champ visuel :

	Oui	Non	Variable, précisez
Perceptions lumineuses			
Photophobie			
Perception des couleurs			
Perception des reliefs			
Perception des obstacles contrastés			
Perception des obstacles fixes			
Perception des obstacles mobiles			

➤ *Aides optiques et matériel utilisé lors des déplacements :*

2. Troubles associés

Non Oui, le(s)quel(s) :

Date :

3. Motricité

- Attitudes corporelles :

- Equilibre statique, dynamique :

4. Potentiel sensoriel

	Utilisé	Peu utilisé	Non utilisé
Potentiel visuel			
Audition			
Audition spatiale passive			
Audition spatiale active			
Kinesthésique			
Toucher de canne			

- Sens prédominant(s) :

5. Eléments travaillés

	Non acquis	En cours d'acquisition	Acquis	Acquis et utilisé
Technique de guide				
Techniques de canne				
Protections intérieures				
Traversée en trou de circulation				

6. Représentation mentale

	Non acquis	En cours d'acquisition	Acquis
Maîtrise du vocabulaire spatial			
Orientation			
Lecture plaque aimantée/maquette			
Construction plaque/maquette			

Date :

7. Autres

	Non, précisez	Oui, précisez
Tendance à la prise de risque		
Compréhension aisée		
Mémorisation aisée		
Fatigabilité		
Adaptation rapide aux milieux inconnus		
Peurs		

8. Trajets

Trajet (point de départ, d'arrivée)	Durée totale du trajet (A/R)	Transports empruntés, durée	Nombre de traversées, nombre de changements de direction	Degré d'autonomie (complète, complète sous surveillance, partielle, trajet en travail...)	Type de milieu (calme/ circulant...)	Fréquence

Commentaires :

Nom et signature de l'instructeur de locomotion :