

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.*

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

<b>Comment avez-vous connu la Fondation ?</b>	
---	--

**2. Situation familiale**

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

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

### 7. Vie quotidienne

<b>Votre enfant sait :</b>	<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
<b>A-t-il déjà dormi en dehors de votre domicile ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Dans quelles situations a-t-il besoin d'aide ?</b>		
<b>Est-il capable de demander de l'aide ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Quelles activités de loisirs pratique-t-il ?</b>		
<b>Est-il envisageable que votre enfant se rende seul à ses activités ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi :	

### 8. Prises en charge

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

- **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.

<b>Nom Prénom</b>		<b>Poids</b>	
<b>Date de naissance</b>		<b>Taille</b>	

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

**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](mailto: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.

<b>Nom Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	

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

**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 :