Bulles de répit

Des séjours de vacances adaptées en bord de mer.
Documents d'inscription

Fondation Saint-Pierre

Chaque enfant est la meilleure raison de tout oser

En partenariat :

Gendarmerie nationale

CAISSE NATIONALE DU GENDARME

GENDARMES DE COEUR

CNMSS L'engagement au service des militaires

FICHE DE RENSEIGNEMENTS BULLE DE RÉPIT

Séjours de vacances / répit 2023

PHOTO
Récente

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : .....
Prénom : .....
Sexe : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....

PÈRE :

Nom ..... Prénom .....
Téléphone : .....
Adresse : .....
.....
Mail : .....
Profession : .....

MÈRE :

Nom ..... Prénom .....
Téléphone : .....
Adresse : .....
.....
Mail : .....
Profession : .....

Vit avec : .....
Fratrie (frère/soeur, demi-frère/soeur) avec leurs âges et si ils vivent avec votre enfant :
.....
.....
.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT (nom, prénom)

(joindre une copie de la décision de justice ou juridique)
.....
.....

INFORMATIONS MÉDICALES :

Pathologie de l'enfant

Diagnostic posé et traitement pris en cours (merci de préciser le nom du traitement et la posologie) :

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il (eu) d'autres maladies graves (crises d'épilepsie, problèmes de vision, auditifs,... ?

Si oui, précisez : OUI NON

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà subi des opérations ?

Si oui, précisez : OUI NON

.....

.....

Suivi Médical

Nom et coordonnées du médecin traitant (adresse postale, mail, téléphone)

.....

.....

Service de soins, rééducateurs et activités physiques (prise en charge, traitement en cours, ...)

Votre enfant est-il suivi en Orthophonie ? OUI NON

Type de rééducation :

.....

.....

Votre enfant est-il suivi en Kinésithérapie ? OUI NON

Type de rééducation :

.....

.....

Votre enfant est-il suivi en Psychomotricité / Ergothérapie ? OUI NON

Type de rééducation :

.....

.....

Votre enfant a-t-il d'autres suivis ? OUI NON

Type de rééducation :

.....

.....

Votre enfant réalise-t-il des activités loisirs / sports hors école ? OUI NON

Laquelle / Lesquelles :

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il de protocoles d'aide au développement (outil de communication : PECS, ABA, ...) ? OUI NON

Type :

.....

.....

AUTONOMIE

	OUI / NON	COMMENTAIRES
Votre enfant est-il verbal ? - Mots uniquement - Composition de phrase simple - Langage complexe		
A-t-il un outil de communication augmentée ?		
Communique-t-il avec les adultes ?		
Communique-t-il avec ses pairs ?		
Si oui, est-il utilisé : - A la maison - Établissement - Autres		
Votre enfant est-il propre ?		
Va-t-il au WC seul ? Et partout ?		
Votre fille est-elle autonome pour changer sa protection hygiénique ?		
Votre enfant sait-il nager ?		
Votre enfant sait-il faire du vélo ?		
S'habille-t-il tout seul ?		
Sait-il se repérer dans le temps ? (matin, hier, demain...)		
Sait-il lire ? (Niveau de lecture, CP, CE1...)		
Sait-il écrire ? (Niveau d'écriture : CP, CE1...)		
A-t-il des centres d'intêrets ? (vidéo, musique, lecture, dessin, comptine, jeux, objet en particulier...)		
A-t-il des activités qu'il aime particulièrement ? (puzzle, art plastique, trie, activités sportives, ...)		
Votre enfant a-t-il des soucis au contact physique avec autrui ?		
Votre enfant a-t-il un comportement sécuritaire adapté dans la rue ?		

		OUI / NON	COMMENTAIRES
Votre enfant a-t-il des contacts avec des animaux ?			
A-t-il besoin d'un temps de sieste ?			
A-t-il un bon endormissement ?			
Dort-il seul ?			
Peut-il dormir avec quelqu'un dans sa chambre ? Dans le même lit que lui ?			
A-t-il une bonne qualité du sommeil ?			
Particularités Comportementale (phobies, angoisses particulières, troubles du comportement, pica,...)	Phobies (peur des chiens, du bruit, des motos...		
	TIC		
	TOC		
	Rituels		
	Troubles du comportement (mort, se frappe, frappe les autres, lance des objets au sol, fugue...)		
	Autres particularités		
Sait-il gérer ses émotions ? (peur, joie, colère,...) A-t-il besoin de support ? (cahier/ pictogramme de choix,...)			
Sait-il gérer son stress, le non, l'échec, la frustration ?			
Particularités Sensorielle Qu'il apprécie ou au contraire	Olfactive		
	Visuelle		
	Tactile		
	Auditive		
	Alimentaires		
	Autres sensibilités		

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Allergie alimentaire, préférences, ...

.....

.....

.....

	OUI / NON	COMMENTAIRES
Mange-t-il tout seul ?		
Joue-t-il avec ses pairs ?		
Joue-t-il avec ses frères et soeurs ?		
Participe-t-il à la vie de la maison ? - Mise de table - Rangement lave-vaisselle - Rangement de sa chambre - Aller faire les courses -		

Quel type d'établissement fréquente votre enfant le reste de l'année ?
(école ordinaire, spécialisée, ULIS, SESSAD IME, ...)

.....

.....

.....

EMPLOI DU TEMPS TYPE D'UNE SEMAINE POUR CETTE ANNÉE

Merci de préciser les créneaux horaires

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN							
APRÈS MIDI							

Autres informations :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - HÉBERGEMENT

Semaines de présence :

- Semaine 10 au 14 juillet
- Semaine 17 au 21 juillet
- Semaine du 24 au 28 juillet
- Semaine du 31 juillet au 4 août
- Semaine du 7 au 11 août
- Semaine du 21 au 25 août

ÉTAT CIVIL

Nom ..... Prénom .....

Coordonnées téléphonique durant le séjour :

.....

Jour d'arrivée	Heure d'arrivée prévue
Dimanche	
Lundi	
Autre, à préciser :	
Jour de départ	**Heure de départ prévue**
Vendredi	
Samedi	**Avant 10h**
Autre, à préciser :	

Moyen de locomotion : .....

Avez-vous besoin d'une place de parking ? OUI NON

TYPES DE PENSIONS

☐ Complète

☐ Demi pension (petit déjeuner + déjeuner)

INFORMATIONS - HÉBERGEMENT

En fonction de la composition de votre famille, vous serez accueillis :

- De 2 à 4 personnes en T2
- Plus de 4 personnes en T1 + T2 (non communiquant)

CONFIRMATION DE LA COMPOSITION DE VOTRE FAMILLE :

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	ÂGE POUR LES ENFANTS

Types de couchages :

T1 : Studio avec lit double (160 x 200)

T2 : 1 chambre lit double (160 x 200) + clic-clac (140 x 190) dans la pièce principale

Nécessité d'un lit d'appoint : OUI NON

(Le linge de lit et de toilette sont fournis pour la semaine)

BESOIN D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ?

Vous pouvez contacter Mme Laurence CHAUTARD, à l'adresse suivante : laurence.chautard@fondationsaintpierre.org

Pièces à joindre au dossier (tout dossier incomplet ne sera pas traité et vous sera retourné) :

- ✔ 1 photo d'identité
- ✔ Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- ✔ L'autorisation datée et signée autorisant l'établissement à hospitaliser l'enfant en cas d'urgence et à lui donner son traitement médical (si necessaire)
- ✔ Les autorisations sorties, photos et film signées
- ✔ Un certificat médical pour les activités physiques
- ✔ Une copie du carnet de vaccination
- ✔ La fiche d'inscription dûment remplie

Bulles de répit

AUTORISATION HOSPITALISATION ET DE PRISE DE TRAITEMENT

Je soussigné(e).....

responsable légal de .....

☐ autorise

« Améthyste » :

A lui donner son traitement médical (joindre une copie de l'ordonnance avec le traitement).

A prendre toute mesure et notamment à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence dans l'établissement le plus proche.

Fait à : ....., le .....

Signature du père : **Signature de la mère :**

Bulles de répit

AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de notre association, des photos ou vidéos de votre enfant peuvent être utilisées en vue d'améliorer nos pratiques et de promouvoir nos activités.

Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je soussigné(e) .....

agissant en qualité de .....

☐ Autorise Améthyste et la Fondation Saint-Pierre à utiliser l'image de mon enfant pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux.

☐ Autorise Améthyste et la Fondation Saint-Pierre à utiliser l'image de mon enfant en dehors des locaux, soit :

- Sur le site de l'Association
- Sur des journaux, prospectus, flyers ayant pour but de promouvoir Bulles de répit et la Fondation Saint-Pierre

NB : Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas d'identifier l'enfant.

Fait à : ....., le .....

Signature du père : **Signature de la mère :**

Bulles de répit

AUTORISATION SORTIES

Je soussigné(e).....

responsable légal de .....

l'autorise à participer aux sorties organisées par Améthyste dans le cadre des activités tant éducatives que ludiques.

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

MISSION ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP GENDARMERIE

Mail : handicap@gendarmerie.interieur.gouv.fr

Téléphone : 01 84 22 17 41