

DOSSIER DE CANDIDATURE EXTERNAT DE REPIT 2023

Ce dossier est à compléter dans son intégralité et à renvoyer avec les documents complémentaires à l'adresse postale suivante :

**CESAP Pôle Oise
Externat de répit
54 rue de Fay - 60600 CLERMONT**

Ou par mail : externat.repit@cesap.asso.fr

La date limite pour retourner les dossiers est fixée au 20/04/2023.



Pièces complémentaires à joindre impérativement au dossier de candidature :

- ❖ L'attestation de sécurité sociale actualisée de votre enfant, avec le 100% notifié.
- ❖ Le dernier projet personnalisé de votre enfant (PPA, PAI, PPI...) ou un compte rendu éducatif.
- ❖ Une copie de la carte d'identité de la personne autorisée à venir récupérer l'enfant en cas d'absence des parents / représentants légaux.
- ❖ Un compte rendu médical et en cas de traitement :
 - 1 ordonnance actualisée du traitement en cours,
 - le traitement conditionné dans son emballage d'origine s'il doit être administré au cours de la journée,
 - 1 ordonnance actualisée du protocole en cas de douleur ou de crise,
 - le médicament concerné (doliprane, etc.) conditionné dans son emballage d'origine.

En l'absence :

- d'ordonnance (traitement habituel et/ou traitement antidouleur),
- de traitement habituel (si concerné),
- de médicament antidouleur,

vous serez appelés par le responsable éducatif pour venir récupérer votre enfant sur site.

Les médicaments doivent être remis en début de séjour dans leur boîte sans être déconditionnés.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Sexe : _____ **Nationalité :** _____

Date de naissance : _____ **Lieu de naissance :** _____

COORDONNEES FAMILIALES :

	Nom et prénom	Adresse	Téléphone	Adresse mail
Père				
Mère				

DATES DE SEJOUR SOUHAITEES :

Merci de cocher la ou les semaines souhaitées :

Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3
Du 31 juillet au 04 août 2023	Du 7 au 11 août 2023	Du 14 au 18 août 2023

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom et Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

Etablissement ou service d'accompagnement actuel : _____

Date d'entrée dans cet établissement ou de l'accompagnement par le service : _____

Nom-Prénom de la personne contact / référente sur l'établissement actuel : _____

N° de téléphone de la personne contact : _____

Régime alimentaire :

- Standard Sans porc Végétarien Diabétique
 Par gastrostomie Autre : précisez) _____
 Allergies ou aversions alimentaires : _____

Texture :

- Des boissons : Liquide Épaissie
- Des aliments : Normale Moulinée (petits morceaux)
 Mixée Mixée lisse

Modalités de déplacements de l'enfant :

- Se déplace en marchant. Se déplace en fauteuil roulant.

Appareillages ou aides techniques spécifiques :

- Lunettes Appareil auditif Casque
 Chaussures orthopédiques Siège moulé Corset
 Déambulateur Fauteuil roulant Poussette adaptée

Modalités de transport pendant les dates de séjour souhaitées :

- Transport assuré par la famille. Transport souhaité par un chauffeur.

Si transport souhaité par un chauffeur, merci d'indiquer l'adresse où l'enfant devra être récupéré le matin et déposé le soir : _____





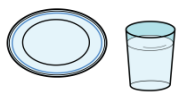

Traitements :

Y a-t-il un traitement en cours ? Oui Non

Si, oui, merci de joindre l'ordonnance au dossier et d'apporter, au moment du séjour, le traitement conditionné dans son emballage d'origine.

Je m'appelle :

Je suis né(e) le :

 <p>COMMENT COMMUNIQUER AVEC MOI ? (communication)</p>	 <p>DÉPLACEMENTS, GESTES ET POSTURES</p>	 <p>VIGILANCES</p>
<p>Je communique de façon verbale ou non verbale ? Quels sont mes outils de communication ? Comment est-ce que je rentre en communication avec mes pairs ? Est-ce que je peux me montrer violent ou trop proche ?</p>	<p>Ai-je besoin de changer régulièrement de posture ou d'installation ? Ai-je des besoins spécifiques (tapis, poire, couverture lestée...) ? Est-ce que je me déplace seul(e) et en sécurité ? Est-ce que j'ai tendance à fuguer ?</p>	<p>Suis-je allergique ? Ai-je des intolérances alimentaires ? Ai-je conscience du danger ?</p>
 <p>COMPORTEMENT</p>	 <p>MES REPAS (alimentation/hydratation)</p>	 <p>PROTECTION/MISE AU WC (élimination)</p>
<p>Qu'est-ce qui m'aide à m'apaiser, à me détendre ? Ai-je tendance à m'isoler ?</p>	<p>Quelle est la texture de mes aliments et de ma boisson ? Dois-je utiliser du matériel adapté pour les repas ? Ce que j'aime ou n'aime pas ? Suis-je accompagné(e) par un tiers aidant ou non ?</p>	<p>Est-ce que je porte des protections ? Est-ce que je dois rester sous surveillance lorsque je suis au WC ? Suis-je autonome ?</p>

 <p style="text-align: center;">MODE DE VIE – ACTIVITÉS - HABITUDES</p>	 <p style="text-align: center;">PRISE MÉDICAMENTEUSE</p>
<p>Quelles sont les activités que j'aime et que je n'aime pas ? Mes centres d'intérêts ? Ai-je un animal de compagnie ? est-ce que j'apprécie le contact des animaux ?</p>	<p>Est-ce que je dois prendre des médicaments ? Y a-t-il une prescription médicale pour cela ? Est-ce que j'accepte facilement de prendre mes médicaments ?</p>
 <p style="text-align: center;">SOMMEIL</p>	 <p style="text-align: center;">MOBILISATION</p>
<p>Est-ce que je dors bien la nuit ? Est-ce que j'ai besoin d'un temps de repos la journée ? Comment suis-je installé(e) pour dormir ?</p>	<p>Est-ce que je peux me mouvoir ? Quelle est ma part de participation au quotidien ?</p>

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) Madame / Monsieur.....

Résidant à.....

Père /Mère / (autre lien de parenté) et représentant légal de l'enfant

.....

Autorise l'établissement à :

Administrer le traitement habituel de mon fils / ma fille conformément à la prescription fournie.

Administrer le protocole douleur ou le traitement spécifique en cas de besoin (douleur, crise etc.)

Faire procéder à l'hospitalisation, de mon fils / ma fille, en cas de besoin, dans l'établissement le plus adapté à la situation.

Fait à,

Le/...../.....

Signature des parents (ou représentants légaux)

AUTORISATION ET COORDONNEES DES PERSONNES HABILITEES A ACCUEILLIR / RECUPERER VOTRE ENFANT EN VOTRE ABSENCE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Autorisons Madame, Monsieur.....

Domiciliés à l'adresse suivante :

Lien avec la famille :

A accueillir / récupérer notre enfant.....

En notre absence.

➤ Joindre la copie d'une pièce d'identité (obligatoire)

Date :

Signature des parents (ou représentant légaux)

AUTORISATION DE SORTIE ET DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Autorise mon enfant

1. A être photographié ou filmé par l'équipe des professionnels de l'externat de répit dans le cadre des usages suivants :

Merci de cocher les cases souhaitées

Utilisation et diffusion interne : Oui Non

Utilisation et diffusion externe : Oui Non
(site internet, article dans le journal, support divers de présentation / communication, etc...)

2. A participer aux différentes sorties et activités proposées dans le cadre de l'externat de répit.

Oui Non

Ces deux autorisations sont valables pour la durée du séjour.

Date :

Signature des parents (ou représentants légaux)