

# DOSSIER DE CANDIDATURE EXTERNAT DE REPIT 2022

**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](mailto:externat.repit@cesap.asso.fr)**

La date limite pour retourner les dossiers est fixée au 20/05/2022.



**Pièces complémentaires  
à joindre impérativement au dossier de candidature :**

- ❖ L'attestation de sécurité sociale actualisée de votre enfant, avec le 100% notifié.
- ❖ La copie de la carte d'identité actualisée de votre enfant.
- ❖ Le dernier projet personnalisé de votre enfant (PPA, PAI, PPI...) ou un compte rendu éducatif.
- ❖ Un compte rendu médical + en cas de traitement :
  - 1 ordonnance actualisée du traitement en cours,
  - 1 ordonnance actualisée du protocole en cas de douleur ou de crise.
- ❖ Une copie de la carte d'identité de la personne autorisée à venir récupérer l'enfant en cas d'absence des parents / représentants légaux.

**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 Du 01 <sup>er</sup> au 05 août 2022	Semaine 2 Du 8 au 12 août 2022	Semaine 3 Du 15 au 19 août 2022

**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 :**





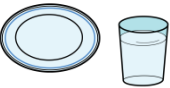

- Transport assuré par la famille.       Transport souhaité par un chauffeur.


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.

 <p><b>COMMENT COMMUNIQUER AVEC MOI ?</b> (communication)</p>	 <p><b>DÉPLACEMENTS, GESTES ET POSTURES</b></p>	 <p><b>VIGILANCES</b></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><b>COMPORTEMENT</b></p>	 <p><b>MES REPAS</b> (alimentation/hydratation)</p>	 <p><b>PROTECTION/MISE AU WC</b> (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;"><b>MODE DE VIE – ACTIVITÉS - HABITUDES</b></p>	 <p style="text-align: center;"><b>PRISE MÉDICAMENTEUSE</b></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;"><b>SOMMEIL</b></p>	 <p style="text-align: center;"><b>MOBILISATION</b></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

.....

Né(e) le ..... à .....

**Autorise le CESAP Pôle Oise 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 VOTRE ENFANT EN VOTRE ABSENCE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Autorisons Madame, Monsieur.....

Domiciliés à l'adresse suivante : .....

Lien avec la famille : .....

A accueillir/prendre 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 au CESAP**  Oui  Non

---

#### Utilisation et diffusion externe :

- A destination des associations partenaires de l'externat de répit :  Oui  Non

---

- Site internet du CESAP :  Oui  Non

---

- Dans divers supports de présentations du CESAP et des activités proposées :  Oui  Non

---

### 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)