

# PLACE DE RÉPIT à l'EEAP KERLAOUEN

## DOSSIER DE SAISINE

### DEMANDE INITIALE

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Photo à insérer



#### Dossier à transmettre :

- par mail à : [repit.kerlaouen@donbosco.asso.fr](mailto:repit.kerlaouen@donbosco.asso.fr)
- ou par courrier à :

EEAP/IME KERLAOUEN  
21 rue Saint-Ernel  
29800 LANDERNEAU

# RAPPEL DU DISPOSITIF

## Qu'est-ce que le dispositif de la « place de répit » ?

La place de répit est un dispositif de soutien permettant l'accueil temporaire d'enfant et jeunes en situation de polyhandicap à l'EEAP (Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) Kerlaouen à Landerneau (Association Don Bosco).

## Objectifs

- Offrir un temps de répit aux familles et aidants familiaux.
- Garantir aux jeunes en situation de polyhandicap un accueil de qualité, sécurisant et adapté à leurs besoins.
- Maintenir la continuité des soins et de l'accompagnement éducatif grâce à la présence de notre équipe pluridisciplinaire.

## Public concerné

- Enfants et adolescents âgés de 3 à 19 ans
- En situation de polyhandicap (**orientation EEAP** délivrée par la MDPH)

## Comment faire la demande ?

Toutes les demandes doivent être transmises via ce **dossier de saisine** complété par les représentants légaux. Il doit être adressé 3 semaines minimum avant la date de l'accueil souhaité, accompagné des documents complémentaires.

## Modalités d'accueil

- Week-end : Arrivée le vendredi à 17h15 et départ le dimanche à 17h30
- Jour férié : Arrivée la veille du jour férié à 17h15 et départ le jour du jour férié à 17h30
- Vacances Scolaires : arrivée à 17h15 et départ à 17h30 (jours à définir)

## Conditions d'accueil

- Le transport n'est pas assuré par l'établissement. C'est à la famille ou à l'aidant familial de le mettre en place.
- La chambre est une chambre individuelle avec un lit médicalisé, équipé d'un rail de transfert, avec une salle de bain individuelle.
- Le dispositif est gratuit pour les familles (il est financé par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne).
- L'enfant doit arriver avec :
  - ses boîtes de traitements
  - les prescriptions médicales en cours
  - les prescriptions médicales spécifiques, par exemple s'il y a des contentions (barrières au lit, sangle de maintien, casque...)
  - son appareillage médical
  - ses repas en cas de régime spécifique (ex : régime cétogène)
  - Un sac avec ses vêtements et affaires personnelles

En l'absence des traitements, prescriptions ou repas (en cas de régime), le jeune ne pourra pas être accueilli.



## DATES SOLLICITEES

Rappel : la place de répit est ouverte les week-end, jours fériés et la moitié des vacances scolaires, soit 155 jours dans l'année (calendrier en page suivante)

Afin de répondre au mieux aux différentes demandes, nous vous recommandons de demander plusieurs dates (par ordre de priorité) :

Séjour (priorité 1) : du ..... au .....

Séjour (priorité 2) : du ..... au .....

Séjour (priorité 3) : du ..... au .....

Séjour (priorité 4) : du ..... au .....

Séjour (priorité 5) : du ..... au .....

# CALENDRIER D'OUVERTURE de novembre 2025 à juin 2026

(jours en rose)

nov-25	déc-25	janv-26	févr-26	mars-26	avr-26	mai-26	juin-26
Samedi 1		jeudi 1	dimanche 1	Dimanche 1	14	Vendredi 1	
Dimanche 2		1				Samedi 2	23
	49	samedi 3	6	10		Dimanche 3	
45		dimanche 4			Samedi 4		
					Dimanche 5	19	
	Samedi 6	2			Lundi 6		samedi 6
	Dimanche 7		samedi 7	Samedi 7			dimanche 7
Samedi 8			dimanche 8	Dimanche 8	15	Vendredi 8	
Dimanche 9	50					Samedi 9	
		samedi 10	7	11		Dimanche 10	24
Mardi 11		dimanche 11			Samedi 11		
46					Dimanche 12	20	
	Samedi 13	3					samedi 13
	Dimanche 14		samedi 14	Samedi 14	16	Jeudi 14	dimanche 14
Samedi 15			dimanche 15	Dimanche 15		Vendredi 15	
Dimanche 16	51					Samedi 16	25
		samedi 17	8	12		Dimanche 17	
47		dimanche 18			Samedi 18		
					Dimanche 19		
	Samedi 20				Lundi 20	21	samedi 20
	Dimanche 21	4	samedi 21	Samedi 21	Mardi 17		dimanche 21
Samedi 22	52		dimanche 22	Dimanche 22	Mercredi 22		
Dimanche 23			lundi 23		Jeudi 23	Samedi 23	26
	Mercredi 24	samedi 24	mardi 9	13	Vendredi 24	Dimanche 24	
48	Jeudi 25	dimanche 25	mercredi 25		Samedi 25	Lundi 25	
	Vendredi 26		jeudi 26		Dimanche 26		
	Samedi 27		vendredi 27			22	samedi 27
	Dimanche 28	5	samedi 28	Samedi 28	18		dimanche 28
Samedi 29	Lundi 1			Dimanche 29			
Dimanche 30	Mardi 30					Samedi 30	
	Mercredi 31	samedi 31				Dimanche 31	

# INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Lien avec la personne concernée par la demande : .....

## INFORMATIONS GENERALES DU JEUNE :

Noms : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse: .....

Ville : ..... Code postal : .....

Nationalité : .....

Numéro sécurité sociale : .....

Numéro MDPH : .....

## REPRESENTANT LEGAL 1

Le représentant légal 1 est le demandeur : ☐ Oui ☐ Non

A compléter uniquement si le représentant légal 1 n'est pas le demandeur :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Lien avec la personne concernée par la demande : .....

## REPRESENTANT LEGAL 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Lien avec la personne concernée par la demande : .....

## DELEGATION DE L'AUTORITE PARENTALE (si concerné)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Lien avec la personne concernée par la demande : .....

## COMPOSITION DE LA FRATRIE

Prénom et âge des frères et sœurs :

.....  
.....  
.....

## MESURES DE PROTECTION

Mesure de protection : ☐ oui ☐ non

*Si oui, laquelle :* .....

Suivi ASE : ☐ oui ☐ non Référent : ..... Téléphone : .....

Suivi ASS : ☐ oui ☐ non Référent : ..... Téléphone : .....



## LIEU ET MODALITE DE PLACEMENT (si concerné)

### Foyer ou famille d'accueil 1 :

Nom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### Foyer ou famille d'accueil 2 :

Nom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

## SITUATION ET ENVIRONNEMENT DU JEUNE

### Accompagnement actuel :

- Scolarité : ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel : .....

- Médico-social ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel : .....

- CAMSP : ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel : .....

- Libéral : ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel : ..... .....



## SUIVI MEDICAL

### **PATHOLOGIES**

.....

.....

### **ANTECEDENTS MEDICAUX**

.....

.....

.....

**Poids :** ..... **Taille :** .....

**Epilepsie :** ☐ oui ou ☐ non

si oui signes : .....

**Allergies :** .....

.....

**Gastrostomie :** ☐ oui ou ☐ non

Si oui : ☐ partielle ou ☐ totale

### **MEDECIN TRAITANT ET/OU FAMILIAL**

Nom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

## AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

**Spécialité 1 :** .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

**Spécialité 2 :** .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Sauf cas exceptionnel, la personne à contacter en cas d'urgence doit être un représentant légal.

La personne à contacter est le représentant légal 1 : ☐ Oui ☐ Non

La personne à contacter est le représentant légal 2 : ☐ Oui ☐ Non

**A compléter uniquement si c'est une personne différente :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone professionnel : .....

Courriel : .....

Lien avec la personne concernée par la demande : .....

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, cette personne rejoindra l'enfant à l'hôpital.

La personne à contacter en cas d'hospitalisation est la même personne que celle à contacter en cas d'urgence: ☐ Oui ☐ Non

**A compléter uniquement si c'est une personne différente :**

Nom : ..... Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone domicile : .....

Courriel : .....

Lien avec la personne concernée par la demande : .....



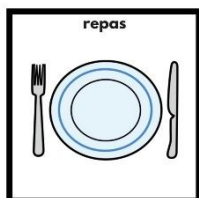
# HABITUDES DE VIE

## POUR L'HEBERGEMENT

NOM du jeune : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....



### HABITUDES ALIMENTAIRES

- Alimentation GPE : ☐ oui ☐ non

- Petit déjeuner** - Composition : .....

.....

- Goûter** - Composition : .....

.....

- Aliments et boissons que le jeune n'aime pas du tout** : .....

.....

- Régime spécifique** : .....

.....

- Allergies** et intolérances alimentaires :

.....

.....

- Texture des repas** : ☐ normale ☐ moulinée ☐ mixée

### Informations complémentaires :

- Trouble de l'appétit : ☐ oui ☐ non
- Trouble de la déglutition : ☐ oui ☐ non
- Usage d'épaississant : ☐ oui ☐ non
- Usage d'eau gélifiée : ☐ oui ☐ non
- Compléments alimentaires : ☐ oui ☐ non

### La prise des repas :

- Mange seul : ☐ oui ☐ non
- Aide partielle : ☐ oui ☐ non
- Aide totale : ☐ oui ☐ non
- Mange lentement : ☐ oui ☐ non
- Ne reste pas à table : ☐ oui ☐ non
- Boit seul : ☐ oui ☐ non
- A besoin de stimulation : ☐ oui ☐ non
- A une installation particulière lors du repas : ☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle : .....

- Utilise des aides techniques (vaisselle adaptée) : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles : .....

Remarques particulières sur l'alimentation :

.....  
.....

Comment le jeune prend-il ses médicaments :

.....  
.....



## SOMMEIL ET REPOS

Le jeune :

- Se lève ou se couche : ☐ seul ☐ avec aide partielle ☐ avec aide totale
- A déjà fait des chutes : ☐ oui ☐ non
- Horaires du lever : .....
- Horaires du coucher : .....
- Fait la sieste : ☐ oui ☐ non Durée de la sieste : .....
- Préfère se coucher :
  - ☐ sur le dos
  - ☐ sur le côté droit
  - ☐ sur le côté gauche
- Se lève seul : ☐ oui ☐ non
- Se couche seul : ☐ oui ☐ non
- Sommeil régulier : ☐ oui ☐ non
- A des difficultés à s'endormir : ☐ oui ☐ non
- Se lève la nuit : ☐ oui ☐ non
- A un lit médicalisé : ☐ oui ☐ non
- Autre (mousses, atèles...) : ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de préciser :

.....

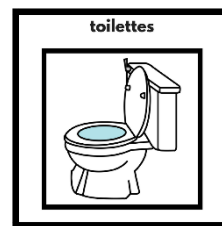
Rituel avant le coucher (volet ouverts ou fermés, veilleuse, porte ouverte...)

.....

.....



## HYGIENE CORPORELLE



### Douche/toilette :

- Le jeune prend sa douche et fait sa toilette :
  - ☐ seul
  - ☐ avec aide partielle
  - ☐ avec aide totale
- A besoin d'un chariot douche : ☐ oui ☐ non
- A besoin d'une chaise douche : ☐ oui ☐ non

### Elimination et transit

- Le jeune va aux toilettes : ☐ seul ☐ avec aide
- Incontinence urinaire : ☐ oui ☐ non
- Incontinence fécale : ☐ oui ☐ non
- Protection de jour : ☐ oui ☐ non

Si oui, quel type de protections + taille (S/M/L/XL) : .....

- Protection de nuit : ☐ oui ☐ non

Si oui, quel type de protections + taille (S/M/L/XL) : .....

Remarques complémentaires concernant l'hygiène corporelle :

.....  
.....



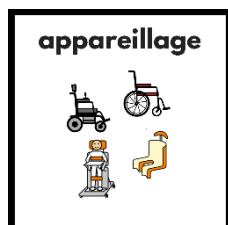


## HABILLAGE/DESHABILLAGE

Le jeune :

- **S'habille :**                    ☐ seul    ☐ avec aide partielle    ☐ avec aide totale
- **Se déshabille :**        ☐ seul    ☐ avec aide partielle    ☐ avec aide totale
- **Utilise une aide technique :**    ☐ oui                    ☐ non

Si oui, laquelle : .....



## APPAREILLAGES

Le jeune :

- A des troubles de l'audition :    ☐ oui                    ☐ non  
    Si oui :    ☐ oreille droite    ☐ oreille gauche
- Porte un appareil auditif :        ☐ oui                    ☐ non
- A des troubles de la vision :      ☐ oui                    ☐ non

Si oui, lesquels : .....

- Porte des lunettes :                    ☐ oui                    ☐ non
- A des chaussures orthopédiques :    ☐ oui                    ☐ non
- A des coques orthopédiques dans ses chaussures :                    ☐ oui    ☐ non
- A des orthoplasties :                    ☐ oui                    ☐ non
- A un corset :                                ☐ oui                    ☐ non
- A un filet pour faire ses transferts :    ☐ oui                    ☐ non
- Fait ses transferts seul :                    ☐ oui                    ☐ non



## MOBILITES ET DEPLACEMENTS

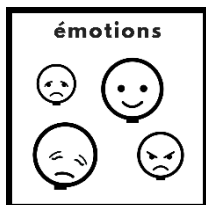
Le jeune :

- est : ☐ droitier ☐ gaucher ☐ non latéralisé
- Se déplace : ☐ seul ☐ avec aide partielle ☐ avec aide totale
- Déplacement :
  - ☐ marche seul
  - ☐ avec un déambulateur
  - ☐ avec un fauteuil roulant manuel
  - ☐ avec un fauteuil électrique
  - ☐ autres : .....
- Temps maximal au fauteuil : .....
- Périmètre de marche : .....
- Peut utiliser un matelas à eau (espace sensoriel) ☐ oui ☐ non

### Transport du jeune en véhicule :

- Le transport du jeune en véhicule se fait avec :
  - ☐ un siège-auto
  - ☐ un fauteuil-roulant avec appui-tête
  - ☐ des attaches spécifiques (bloc-ceinture, harnais)
- Vigilances (comportement, mal des transports...) :

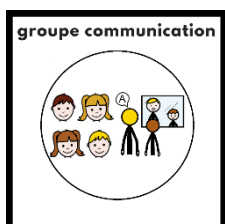
.....  
.....



## COMPORTEMENTS

Le jeune :

- A des rituels : ☐ oui ☐ non
- A tendance à fuguer : ☐ oui ☐ non
- A tendance à déambuler : ☐ oui ☐ non
  - Si oui, se met en danger : ☐ oui ☐ non
- A un comportement agressif : ☐ oui ☐ non
- A des gestes violents : ☐ oui ☐ non
  - Envers lui-même : ☐ oui ☐ non
  - Envers les autres : ☐ oui ☐ non
- A des peurs : ☐ oui ☐ non
  - Si oui, lesquelles : .....
- A besoin de temps de repli : ☐ oui ☐ non



## COMMUNICATION

Le jeune :

- Va facilement vers l'adulte: ☐ oui ☐ non
- Va facilement vers les autres jeunes : ☐ oui ☐ non
- A un mode de communication particulier : ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel : .....

.....

## RYTHME DU JEUNE

### Emploi du temps habituel de la semaine

	Matin	Après-midi	Soir
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

Remarques :

.....

.....

## LIEUX DE REPIT

- Le jeune a bénéficié de temps de répit **dans les 6 derniers mois** :

☐ oui      ☐ non

Si oui, indiquer le lieu et les dates :

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

- Le jeune va bénéficier de temps de répit **dans les 6 prochains mois** :

☐ oui      ☐ non

Si oui, indiquer le lieu et les dates :

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

Lieu : ..... Date : .....

## AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous d'autres éléments à nous transmettre :

.....

.....

## AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme et/ou M. ....

Agissant en qualité de responsable légal en tant que :

☐ parent

☐ tuteur, représentant –habilitation familiale-, autre

De : NOM (du jeune) ..... Prénom .....

né.e le ...../...../.....

---

## DROIT A L'IMAGE

Autorise l'utilisation des photos, pour un usage :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Interne (porte-manteau, tableau d'accueil...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Photo groupe                                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • photo individuelle                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • pilulier (médicaments)                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • IMAGO (logiciel usager sécurisé)              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Associatif (dont internet)                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Presse/internet                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature

## TRANSPORTS

Autorisez-vous le transport de votre enfant, dans les véhicules de l'établissement, en lien avec des activités extérieures ?

OUI ☐      NON ☐

Rappel : l'appui-tête est obligatoire pour le transport.

Fait à ..... , le ..... /...../.....

Signature

---

## PARTENAIRES EXTERIEURS

En lien avec son projet, nous autorisez-vous à contacter les partenaires intervenant auprès de votre enfant et à partager des informations avec eux ?

OUI ☐      NON ☐

Fait à ..... , le ..... /...../.....

Signature

## AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICO-CHIRURGICALE

- Autorise la pratique de soins et d'intervention médico-chirurgicale, pour la période de séjour de répit.
- Autorise le Médecin de l'établissement à procéder aux différents examens et consultations médicales nécessaires dans le cadre de la prise en charge thérapeutique.
- En cas d'urgence, autorise le transfert à l'hôpital et le Médecin à prendre toute disposition nécessaire à l'intérêt de mon enfant/personne que je représente (examens, anesthésie générale, intervention chirurgicale)

☐ OUI

☐ NON

*Il est noté qu'en « cas d'urgence » la famille est aussitôt informée, si elle est joignable, par le Médecin, en son absence par le Directeur ou son représentant.*

*Rappelons enfin que la loi indique que lorsque la santé ou l'intégralité corporelle d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le Médecin Responsable peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins s'imposant.*

« Pour faire et valoir ce que de droit »

Fait à ..... , le ..... /...../.....

Signature



## DOCUMENTS A FOURNIR A LA DEMANDE

- Une copie, recto-verso, de la **carte d'identité** de votre enfant. S'il n'en a pas, merci de nous le préciser
- Copie de l'**attestation de sécurité sociale** en cours de validité. Merci de contrôler que la date d'échéance de l'ALD y est indiquée
- Copie de l'**attestation de mutuelle**
- Copie de l'**attestation d'assurance responsabilité civile**. Merci de contrôler qu'elle garantit bien les dommages causés aux tiers
- **2 photos d'identité**
- **Prescriptions médicales**
- **Prescriptions de contention** (si concerné)
- Copie du **carnet de vaccination**

Le jour de l'arrivée, le jeune doit arriver avec :

- ses boîtes de traitements
- les prescriptions médicales en cours
- les prescriptions médicales spécifiques, par exemple s'il y a des contentions (barrières au lit, sangle de maintien, casque...)
- son appareillage médical
- ses repas en cas de régime spécifique (ex : régime cétogène)
- Un sac avec ses vêtements et affaires personnelles