



PLACE DE RÉPIT à l'EEAP KERLAOUEN

DOSSIER DE SAISINE

DEMANDE INITIALE

NOM :

Photo à insérer

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :



Dossier à transmettre :

- par mail à : 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 céto-gène)
 - 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			samedi	3							Samedi	2		
		49		dimanche	4	6		10				Dimanche	3	23	
	45														
	Samedi	6		2		samedi	7	Samedi	7				samedi	6	
	Dimanche	7				dimanche	8	Dimanche	8				dimanche	7	
Samedi	8											Vendredi	8		
Dimanche	9		50									Samedi	9		
Mardi	11											Dimanche	10	24	
	46													samedi	13
	Samedi	13		3		samedi	14	Samedi	14		16	Jeudi	14		
	Dimanche	14				dimanche	15	Dimanche	15			Vendredi	15		
Samedi	15											Samedi	16		
Dimanche	16		51									Dimanche	17	25	
	47														
	Samedi	17				8		12					samedi	20	
	dimanche	18											dimanche	21	
Samedi	20			4		samedi	21	Samedi	21						
Dimanche	21		52			dimanche	22	Dimanche	22						
Samedi	22					lundi	23								
Dimanche	23														
	48														
	Mercredi	24				mardi	9	24							
	Jeudi	25				dimanche	25	mercredi	25	13					
	Vendredi	26						jeudi	26						
	Samedi	27						vendredi	27						
	Dimanche	28		5				samedi	28						
Samedi	29							Samedi	28						
Dimanche	30		1					Dimanche	29		18				
	Lundi	30													
	Mercredi	31		samedi	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 :

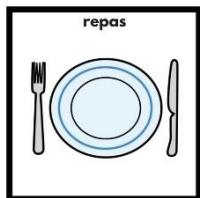


HABITUDES DE VIE POUR L'HEBERGEMENT

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

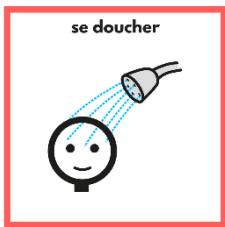
Si oui, merci de préciser :

.....

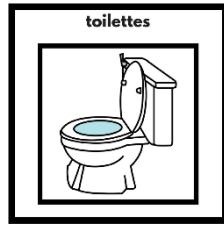
Rituel avant le coucher (volet ouverts ou fermés, veilleuse, porte ouverte...)

.....

.....



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



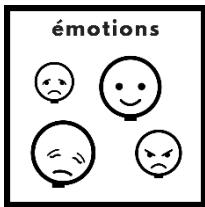
MOBILITES ET DEPLACEMENTS

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 :

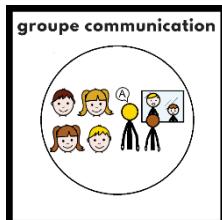
- Le transport du jeune en véhicule se fait avec :
 - un siège-auto
 - un fauteuil-roulant avec appui-tête
 - des attaches spécifiques (bloc-ceinture, harnais)
- Vigilances (comportement, mal des transports...) :
.....
.....



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 :

- 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 :

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