PLACE DE REPIT à l'EEAP KERLAOUEN

DOSSIER DE SAISINE

EN CAS DE RENOUVELLEMENT

NOM : ……..

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……

Photo à insérer

Dossier à transmettre :

- par mail à repit.kerlaouen@donbosco.asso.fr
- ou par courrier à :

  EEAP/IME KERLAOUEN
  21 rue Saint-Ernel
  29800 LANDERNEAU

DATES SOLLICITEES

Rappel : la place de répit est ouverte les weekend, 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)

sept-26		oct-26		nov-26		déc-26		janv-27		févr-27		mars-27		avr-27		mai-27		juin-27	
				Dimanche	1	49		**vendredi**	1	lundi	1	Lundi	1	Jeudi 13	1	Samedi	1	Mardi 22	1
								samedi	2	mardi 5	2	Mardi 9	2	Vendredi	2	Dimanche	2	Mercredi	2
36		Samedi	3	45				dimanche	3	mercredi	3	Mercredi	3	Samedi	3	Lundi	3	Jeudi	3
		Dimanche	4					lundi	4	jeudi	4	Jeudi	4	DImanche	4	Mardi 18	4	Vendredi	4
Samedi	5					Samedi	5	mardi 1	5	vendredi	5	Vendredi	5	Lundi	5	Mercredi	5	Samedi	5
Dimanche	6	41				Dimanche	6	mercredi	6	samedi	6	Samedi	6	Mardi 14	6	**Jeudi**	6	Dimanche	6
				Samedi	7			jeudi	7	dimanche	7	Dimanche	7	Mercredi	7	Vendredi	7	Lundi	7
				Dimanche	8	50		vendredi	8	lundi	8	Lundi	8	Jeudi	8	**Samedi**	8	Mardi 23	8
37								samedi	9	mardi 6	9	Mardi 10	9	Vendredi	9	Dimanche	9	Mercredi	9
		Samedi	10	46				dimanche	10	mercredi	10	Mercredi	10	Samedi	10	Lundi	10	Jeudi	10
		Dimanche	11	Mercredi	11			lundi	11	jeudi	11	Jeudi	11	Dimanche	11	Mardi 19	11	Vendredi	11
Samedi	12					Samedi	12	mardi 2	12	vendredi	12	Vendredi	12	Lundi	12	Mercredi	12	Samedi	12
Dimanche	13	42				Dimanche	13	mercredi	13	samedi	13	Samedi	13	Mardi 15	13	Jeudi	13	Dimanche	13
				Samedi	14			jeudi	14	dimanche	14	Dimanche	14	Mercredi	14	Vendredi	14	Lundi	14
				Dimanche	15	51		vendredi	15	lundi	15	Lundi	15	Jeudi	15	Samedi	15	Mardi 24	15
38								samedi	16	mardi 7	16	Mardi 11	16	Vendredi	16	Dimanche	16	Mercredi	16
		Samedi	17	47				dimanche	17	mercredi	17	Mercredi	17	Samedi	17	**Lundi**	17	Jeudi	17
		Dimanche	18					lundi	18	jeudi	18	Jeudi	18	Dimanche	18	Mardi	18	Vendredi	18
Samedi	19					Samedi	19	mardi 3	19	vendredi	19	Vendredi	19	Lundi	19	Mercredi	19	Samedi	19
Dimanche	20	43				Dimanche	20	mercredi	20	samedi	20	Samedi	20	Mardi 16	20	Jeudi 20	20	Dimanche	20
				Samedi	21			jeudi	21	dimanche	21	Dimanche	21	Mercredi	21	Vendredi	21	Lundi	21
				Dimanche	22	52		vendredi	22	lundi 8	22	Lundi	22	Jeudi	22	Samedi	22	Mardi 25	22
39								samedi	23	mardi	23	Mardi 12	23	Vendredi	23	Dimanche	23	Mercredi	23
		Samedi	24			Jeudi	24	dimanche	24	mercredi	24	Mercredi	24	Samedi	24	Lundi	24	Jeudi	24
		Dimanche	25	48		Vendredi	25	lundi	25	jeudi	25	Jeudi	25	Dimanche	25	Mardi 21	24	Vendredi	25
Samedi	26	Lundi 44	26			Samedi	26	mardi 4	26	vendredi	26	Vendredi	26	Lundi	26	Mercredi	24	Samedi	26
Dimanche	27	Mardi	27			Dimanche	27	mercredi	27	samedi	27	Samedi	27	Mardi 17	27	Jeudi	27	Dimanche	27
		Mercredi	28	Samedi	28	Lundi	28	jeudi	28	dimanche	28	Dimanche	28	Mercredi	28	Vendredi	28	Lundi	28
40		Jeudi	29	Dimanche	29	Mardi	29	vendredi	29			**Lundi**	29	Jeudi	29	Samedi	29	Mardi 26	29
		Vendredi	30			Mercredi	30	samedi	30			Mardi	30	Vendredi	30	Dimanche	30	Mercredi	30
		Samedi	31			Jeudi 53	31	dimanche	31			Mercredi	31			Lundi	31		

Dates du dernier séjour de répit de votre enfant à Kerlaouen :

du ...../……/…….. au ...../……/……..

CHANGEMENTS DEPUIS LE DERNIER SEJOUR DE REPIT A KERLAOUEN

- Administratifs : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Médical (hospitalisation, traitement…) : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Habitudes alimentaires : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Sommeil et repos : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Hygiène corporelle : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

- Habillage / déshabillage : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

- Appareillages : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Mobilités et déplacements : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Comportement : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Communication : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Appareillages : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

- Rythme : ❑ oui ❑ non

  Si oui, lesquels : ……

  ……

  ……

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

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 cella 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 : ……

- Autres changements :……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

LIEUX DE REPIT

- Le jeune a bénéficié de temps de répit **dans les 6 <u>derniers</u> 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 <u>prochains</u> 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…)	❑ oui	❑ non
• Photo groupe	❑ oui	❑ non
• photo individuelle	❑ oui	❑ non
• pilulier (médicaments)	❑ oui	❑ non
• IMAGO (logiciel usager sécurisé)	❑ oui	❑ non
• Associatif (dont internet)	❑ oui	❑ non
• Presse/internet	❑ oui	❑ 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

- Copie de l'**attestation de sécurité sociale** en cours de validité (si cella fournie lors du dernier séjour est périmée). Merci de contrôler que la date d'échéance de l'ALD y est indiquée.
- Copie de l'**attestation de mutuelle** (si cella fournie lors du dernier séjour est périmée).
- Copie de l'**attestation d'assurance responsabilité civile** (si cella fournie lors du dernier séjour est périmée). Merci de contrôler qu'elle garantit bien les dommages causés aux tiers
- **Prescriptions médicales à jour**
- **Prescriptions de contention à jour** (si concerné)
- Copie du **carnet de vaccination** (si nouveaux vaccins depuis le dernier séjour)

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