

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
- 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 janvier à août 2026

(jours en rose)

janv-26	févr-26	mars-26	avr-26	mai-26	juin-26	juil-26	août-26
jeudi 1	dimanche 1	Dimanche 1	14	Vendredi 1		27	Samedi 1
2				Samedi 2	23		Dimanche 2
samedi 3	6	10		Dimanche 3			Lundi 3
dimanche 4			Samedi 4			samedi 4	Mardi 32
			Dimanche 5	19		dimanche 5	Mercredi 5
			Lundi 6		samedi 6		Jeudi 6
	samedi 7	Samedi 7			dimanche 7		Vendredi 7
	dimanche 8	Dimanche 8	15	Vendredi 8		28	Samedi 8
				Samedi 9			Dimanche 9
samedi 10				Dimanche 10	24		Lundi 10
dimanche 11	7	11	Samedi 11	20		samedi 11	Mardi 33
			Dimanche 12			dimanche 12	Mercredi 12
					samedi 13		Jeudi 13
3	samedi 14	Samedi 14	16	Jeudi 14	dimanche 14	mardi 14	Vendredi 14
	dimanche 15	Dimanche 15		Vendredi 15			Samedi 15
				Samedi 16	25	29	Dimanche 16
samedi 17				Dimanche 17			
dimanche 18	8	12	Samedi 18			samedi 18	34
			Dimanche 19			dimanche 19	
			Lundi 20	21	samedi 20	lundi 20	
4	samedi 21	Samedi 21	Mardi 17		dimanche 21	mardi 30	
	dimanche 22	Dimanche 22	Mercredi 22			mercredi 22	Samedi 22
	lundi 23		Jeudi 23	Samedi 23	26	jeudi 23	Dimanche 23
samedi 24	mardi 9	13	Vendredi 24	Dimanche 24		vendredi 24	
dimanche 25	mercredi 25		Samedi 25	Lundi 25		samedi 25	35
	jeudi 26		Dimanche 26			dimanche 26	
	vendredi 27			22	samedi 27	lundi 27	
5	samedi 28	Samedi 28	18		dimanche 28	mardi 31	
		Dimanche 29				mercredi 29	Samedi 29
				Samedi 30		jeudi 30	Dimanche 30
samedi 31				Dimanche 31		vendredi 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 :



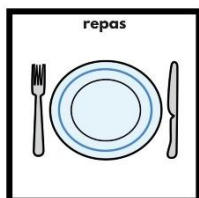
HABITUDES DE VIE

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 :

.....

.....

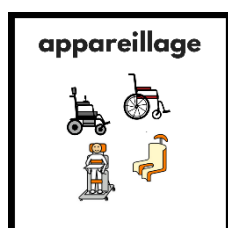


HABILLAGE/DESHABILLAGE

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



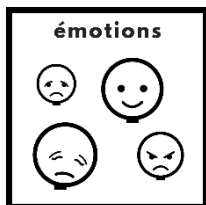
MOBILITES ET DEPLACEMENTS

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 :

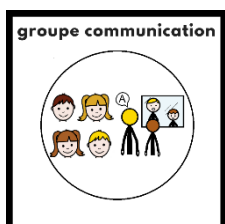
- Le transport du jeune en véhicule se fait avec :
 - ☐ un siège-auto
 - ☐ un fauteuil-roulant avec appui-tête
 - ☐ des attaches spécifiques (bloc-ceinture, harnais)
- Vigilances (comportement, mal des transports...) :
.....
.....



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...) | ☐ 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

- 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