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 septembre à décembre 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		

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 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 : ……

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

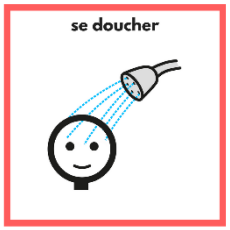
Si oui, merci de préciser :

……

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 :

……

……

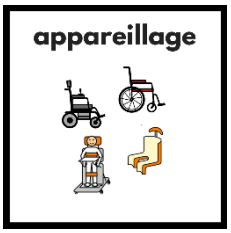


HABILLAGE/DESHABILLAGE

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 :

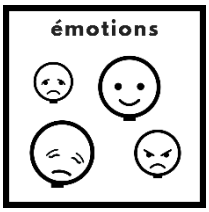
- est : ❑ droitier ❑ gaucher ❑ non latéralisé
- Se déplace : ❑ seul ❑ avec aide partielle ❑ avec aide totale
- Déplacement :
  - ❑ marche seul
  - ❑ avec un déambulateur
  - ❑ avec un fauteuil roulant manuel
  - ❑ avec un fauteuil électrique
  - ❑ autres : ……..
- Temps maximal au fauteuil : ……
- Périmètre 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 <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

- **L'orientation EEAP** délivrée par la MDPH
- 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