

**DEMANDE D'INSCRIPTION
ACCUEIL TEMPORAIRE
LA MAISON DE RÉPIT « Belle étoile »
Et/ou SOUTIEN A DOMICILE**



Cadre réservé à l'établissement

DATE DE LA DEMANDE :/...../20.....

ORIGINE DE LA DEMANDE :

NATURE DE LA DEMANDE :

DATE DE LA PREMIÈRE RENCONTRE :/...../20.....

DATE DE LA PREMIÈRE ENTRÉE :/...../20.....

La maison de répit « Belle Etoile » s'adresse aux jeunes porteurs d'autisme ou troubles apparentés.

Vous faites appel à notre institution :

- ✓ Pour un **accueil temporaire** de votre enfant ou d'un enfant que vous accompagnez au sein de votre établissement, de 6 à 20 ans.
- ✓ Pour du **soutien à partir du domicile** dès l'âge de 3 ans.

Au sein de la « Belle étoile », nous proposons deux formes de séjour :

- Des **séjours anticipés** :
 - **de répit** pour permettre aux jeunes et à leur famille de souffler un peu, de se ressourcer.
 - **séquentiels** qui peuvent venir compléter le projet personnalisé de l'enfant/adolescent, lui permettre d'expérimenter d'autres niveaux relationnels, préparer à d'éventuelles orientations.
- Des **séjours non anticipés** pour des situations d'urgence (hospitalisation des parents, naissance, changement de situation familiale...)

Afin de traiter votre demande, le présent dossier devra nous être retourné dument complété. Suite à l'étude de celui-ci nous vous contacterons pour convenir d'un rendez-vous sur site ou téléphonique.

Après ce premier échange :

- ✓ **Pour l'accueil temporaire**, nous conviendrons d'un premier temps d'accueil (le séjour de découverte) qui s'établit en semaine, sur 2 jours et une nuit.
Cette première rencontre entre l'enfant et l'équipe permet à chacun de faire connaissance et de prendre ses repères et ainsi d'ajuster au mieux notre proposition d'accompagnement.
Par la suite nous pourrions envisager avec vous le projet de répit de l'enfant.
- ✓ **Concernant le soutien à domicile**, le premier temps d'échange donnera suite à une première rencontre à votre domicile pour affiner le projet d'accompagnement.

Photo

PRESENTATION DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom, Prénom :

Sexe :

Date & Lieu de naissance :

Lieu de vie :

ETAT CIVIL DES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

• Nom, Prénom de la mère :

Adresse :

.....

N° TÉL Fixe : Portable :

Email :

Situation familiale :

Situation Professionnelle :

• Nom, Prénom du père :

Adresse :

.....

N° TÉL Fixe : Portable :

Email :

Situation familiale :

Situation Professionnelle :

FRATRIE

Nom(s), prénom(s), sexe, date(s) de naissance :

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

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Nature et nom de l'établissement :

.....

Adresse :

.....

N° TÉL : Email :

.....

Interlocuteur principal : Fonction :

.....

N° TÉL : Email :

.....

AUTRES INTERVENANTS PARTICIPANT A L'ACCOMPAGNEMENT

Organisme	Noms et prénoms	Téléphones et mails

PERSONNES À CONTACTER en cas d'urgence si différent des représentants légaux :

Nom et prénom	Lien de confiance	Téléphone(s)
1		
2		
3		

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° Sécurité sociale/...../...../...../...../...../.....
Code gestion
Nom et adresse de la caisse d'affiliation
N° dossier MDPH
Département
Date notification AT	Date de début :/...../..... Date de fin :/...../.....
Autres aides	

Mesures de protection

Si oui, lesquelles :

.....

.....

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Pouvez-vous nous dire qui est à l'origine de la demande de répit ?

.....

.....

Quelles sont les raisons qui vous amènent à faire appel à nos services ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LES ATTENTES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Par l'enfant (si possible)

.....

.....

.....

.....

Par les parents

.....

.....

.....

.....

Par l'établissement d'accueil

.....

.....

.....

.....

MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT SOUHAITÉES

D'une manière générale, quelles sont vos perspectives en terme de besoins de répit ou de soutien (périodes, durée, régularité...)?

.....

.....

.....

.....

VIE QUOTIDIENNE

PRESENTATION DU JEUNE

S'agit-il d'un premier séjour en dehors de la famille ?

COMMUNICATION

- Il fait des phrases complètes.
- Il utilise quelques mots, mais pas de phrases.
- Il ne parle pas.
- Il se fait comprendre par ses gestes ou son attitude :
 - Il pointe pour demander
 - Il prend par la main
 - Il regarde vers
- Il utilise des outils de communication (pictogrammes, signes ...)
 - Makaton
 - PECS
 - Autre (à préciser) :

MOTRICITÉ

- Il se déplace sans difficulté.
- Il se déplace avec aide :
 - Aide humaine
 - Aide technique (fauteuil ...)

PARTICULARITES SENSORIELLES

- Hyper sensibilité (au bruit, au toucher ...).....
- Hypo sensibilité (au bruit, au toucher ...).....

Si déficit particulier préciser :

- Visuel
- Auditif
- Autres ?

Appareillage à préciser :

GOÛTS ET HABITUDES

REPAS :

▪ Autonomie

- Mange seul.
- Mange avec aide. Laquelle ?

▪ Ses goûts et habitudes

Ce qu'il aime manger :

Ce qu'il n'aime pas :

Texture du repas : normal en petits morceaux mixé

Il mange les aliments séparés : oui non

Il prend sa boisson : liquide épaisse gélifiée

D'ordinaire quel est son appétit :

▪ Particularités alimentaires

- Allergies :
- Intolérances :
- Régime particulier ou pratiques alimentaires :

Détailler ses habitudes alimentaires si elles sont très ritualisées :

Matin	
Midi	
Goûter	
Soir	

HYGIENE

▪ Autonomie

- Il fait sa toilette seul.
- Il a besoin d'aide. Laquelle ?
- Il s'habille et se déshabille seul.
- Il s'habille et se déshabille avec aide. Laquelle ?

▪ Préférences

Il préfère : la douche le bain

Quand ? Le matin le soir les deux.

PROPRETE

- Il est propre : le jour la nuit.
- Sa propreté est en cours d'acquisition : il doit être sollicité
 il sait demander

- Il porte une protection : le jour la nuit.

SOMMEIL

Il se lève vers H. Rituel particulier :

Il se couche vers H. Rituel particulier :

Il fait la sieste : oui non

Présence de troubles du sommeil ?

Comment le rassurer si besoin la nuit ?

ACTIVITÉS

- Centres d'intérêt ou activités appréciées :

- Activités non appréciées ou pouvant mettre l'enfant en difficulté :

- Comportement en sorties :

- Comportement en véhicule :

- Comportement dans l'eau :

- Décrire une journée habituelle :

RELATION AUX AUTRES

- Avec les autres enfants :

- Avec l'adulte :

- Dans une relation individuelle :

- Dans un groupe :

BON A SAVOIR

- Qu'est ce qui favorise son bien-être ?
- Qu'est ce qui peut le mettre en difficulté ou peut lui faire peur ?
- Qu'est-ce qui peut l'apaiser ?
- Quels sont ses éventuels troubles du comportement et les situations qui les déclenchent ?
- Les astuces habituelles qui les apaisent ?
- Voulez-vous nous transmettre d'autres informations ?

VOLET MEDICAL

A remplir par le médecin de l'établissement, ou le médecin référent si l'enfant n'est pas en institution.

ENFANT/ JEUNE ADULTE

Nom, Prénoms :

Date de naissance :

Poids : Taille :

Menstruation : oui non

Moyen de contraception : oui non

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

N° TÉL :

MÉDECIN SPÉCIALISTE

Nom :

Adresse :

N° TÉL :

DIAGNOSTIC

.....

.....

INTERVENTION DE LIBERAUX (orthophoniste, kiné...)

.....

.....

APPAREILLAGE ÉVENTUEL

.....

.....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

.....

- Allergie connue :
- Contre-indication médicale :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

.....

.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (en fonction de l'âge)

- A jour
- Pas à jour : dire lesquelles

ALIMENTATION

- Régime spécifique :
- Trouble du comportement alimentaire :
- Risques de fausses routes
- Difficulté de transit, d'élimination (continence, diarrhée, gêne pour uriner...)

TROUBLES DU SOMMEIL

.....

.....

TRAITEMENT

Merci de joindre au dossier la dernière ordonnance en cours de validité. Nous souhaitons que le traitement en cours soit validé par une période suffisante d'administration avant l'arrivée à la maison de répit, afin de s'assurer que le séjour s'organise dans les meilleures conditions pour l'enfant. Aussi, nous vous demandons de nous informer de tout changement de traitement.

- Traitement actuel :

.....

.....

.....

Comment prend-il son traitement (dans du jus, du yaourt...) ?

.....

A le

Signature du médecin

Cachet obligatoire



PIECES ADMINISTRATIVES

A FOURNIR

Sauf dans le cas de séjour dans l'immédiateté, l'admission sera effective sous réserve de la fourniture des documents suivants (photocopies) :

✓ A joindre au dossier de demande d'inscription

- Diagnostic de l'autisme ou troubles envahissants du développement
- Notification MDPH pour de l'accueil temporaire
- Attestation de droits à la Sécurité Sociale (CPAM, MGEN,...)
- Mutuelle ou autre complémentaire santé
- Attestation assurance responsabilité civile
- Carte Nationale d'Identité ou autre pièce d'identité (parent(s) et éventuellement celle de l'enfant)
- Jugement de divorce (si dans ce cas)
- Jugement rendu dans le cas d'une mesure de protection

- Ordonnance des médicaments dactylographiée ou lisible par tous, valable durant le séjour avec l'indication du médecin « *médicaments de la vie quotidienne ne nécessitant aucune compétence particulière pour être administrés* »
 - NB : l'enfant arrivera avec son traitement pour la durée du séjour. Les nom et prénom de l'enfant ainsi que la posologie seront indiqués au feutre sur chaque boîte de médicament.
- Autorisation de délivrer du doliprane, smecta, en cas de fièvre et douleur
- Protocole à tenir en cas d'allergie, d'asthme, de diabète ou d'épilepsie
- Comptes rendus médicaux

✓ A nous faire parvenir chaque début d'année ou à échéance :

- Attestation de droits à la Sécurité Sociale
- Mutuelle ou autre complémentaire santé
- Renouvellement de la notification MDPH avant la date d'échéance