

FICHE D'ENTRÉE ET DE SORTIE AUTORISATIONS

AUTORISATION D'OPÉRER

Je soussigné(e)

autorise la mise en œuvre de traitements ou interventions chirurgicales d'urgence, reconnus nécessaires par le médecin pour ce qui concerne le (la) jeune :

Fait à..... le.....

Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) - Père – Mère – Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

.....

autorise l'enfant :

à s'inscrire au séjour :

qui se déroulera du :

Fait à..... le.....

Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

DROIT À L'IMAGE

Autorisation parentale

Nous, soussignés (Noms Prénoms)

Adresse :

Autorisons l'association Groupe et Découverte à filmer et photographier notre enfant :

Prénommé(e) :

et de publier, et ou diffuser sur tous supports nécessaires à l'association : Site internet, Programme des séjours, diaporama ou film de présentation des séjours...

La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, sa vie privée et à sa réputation.

Fait à..... le.....

CANDIDATURE D'ACCUEIL RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PARCOURS ASE et MESURES :	PARCOURS INSTITUTIONNEL :
Historique de la prise en charge ASE.	Établissements, lieux de vie, familles d'accueils. Noms, dates, lieux
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • • •

PARCOURS SCOLAIRE :	ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES :
Établissements scolaires fréquentés. Dernière classe fréquentée. Déscolarisé depuis :	Préciser s'il s'agit de faits : de violence, de dégradations, de racket, de vente et consommation de produits illicites, d'ordre sexuel.
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • • •

SUIVI SANITAIRE :	
Besoins spécifiques : Hospitalisations récentes : Suivi psychologique :	

RESUMÉ SUCCINCT DE L'HISTOIRE DE L'ADOLESCENT (E) :

PROBLÉMATIQUE DE L'ADOLESCENT (E) :

PROBLÉMATIQUE FAMILIALE :

POURQUOI CE SÉJOUR :

CONTRAT DE SÉJOUR « SAS »

En vertu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
En vertu de l'article L311-4 du code de l'Action Sociale et des Familles,
Étaient présents lors de l'élaboration du présent Document Individuel de prise en charge.

CONDITIONS D'ÉLABORATION

Ce contrat de séjour est établi et remis à la personne bénéficiaire lors de son admission. La participation du service demandeur est requise. L'avis du mineur est recueilli

Avis :

Il est convenu entre **Monsieur HAMOUDI**, Directeur, agissant par délégation de pouvoir du conseil d'Administration de l'association Groupe et Découverte en date du 17 avril 2009, Et d'autre part :

Nom du service placeur et de son représentant :

Nom de la personne bénéficiaire :

Article 1 : ADMISSION

L'admission est prononcée et l'association, mandatée par l'organisme gestionnaire après :

- Avoir été sollicitée par l'Aide Sociale à l'Enfance
- Avoir étudié la note de situation du jeune réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de l'A.S.E.
- Qu'un représentant de l'A.S.E ait rencontré l'adolescent sa famille et l'éducateur référent de l'enfant pour présenter les missions éducatives de notre Prise en Charge SAS,
- Examen du dossier administratif, avoir entre 12 et 19 ans
- Examen des dossiers médicaux.
- Avoir signé la convention et valider l'attestation de prise en charge financière.

Article 2 : DURÉE

- Prise en Charge SAS est de type immédiat et sa durée est de 27 jours.
- Fréquence de 2 sessions en fonction des objectifs atteints. (Voir page suivante)
- Le présent contrat de séjour prend effet à compter du s i g a n t u r e
- Et sera valable jusqu'à la fin de la prise en charge le 29/07/2023

SÉJOUR PROPOSÉ : SÉJOUR « SAS ».

La résiliation du présent document mettra fin à la prise en charge et pourra intervenir pour les raisons suivantes :

- Inadaptation de l'état du bénéficiaire aux moyens dont dispose l'association,
- Impossibilité pour le bénéficiaire de respecter les règles de vie collective,
- Mise en danger de sa propre vie ou de la vie d'autrui,
- Non-respect de manière répétée des dispositions du règlement de fonctionnement,
- Problématique de l'adolescent incompatible avec le projet de service détecté lors de la phase d'observation.

Article 3 : MODIFICATION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Le présent contrat de séjour peut être modifié` par un accord commun des personnes ayant participé à son élaboration. Un nouveau contrat de séjour sera élaboré dans les même conditions que le document initial.

Article 4 : MODALITÉ DE REPRISE DE LA PRISE EN CHARGE EN CAS D'INTERRUPTION OU SUSPENSION DE CELLE-CI

S'il y a interruption de la prise en charge due à un événement indépendant de la volonté du bénéficiaire, celui-ci réintègrera le séjour auquel il participait dans les limites des dates de validité du contrat de séjour. Si l'interruption est liée à des convenances personnelles, cela entraîne la résiliation du document individuel de prise en charge et dans ce cas aucune réintégration ne pourra être envisagée.

Article 5 : DESCRIPTION DES CONDITIONS DE SÉJOUR ET D'ACCUEIL

Vous trouverez dans le dossier d'admission toutes les formalités à remplir, les dates et lieux des séjours, leur programme, les temps de rencontre individuels et collectifs avant et après chaque séjour. Vous nous fournirez toutes les données concernant l'arrivée de l'enfant sur son lieu de séjour en indiquant les horaires et le moyen de transport en précisant le type d'accompagnement. Pour le retour les mêmes conditions sont requises en nous indiquant le lieu le service où doit se rendre l'adolescent.

Article 6 : LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Inscrire l'adolescent dans une dynamique spécifique permettant de relier une situation de crise vers une perspective d'apaisement personnel. Permettre de mettre des mots dans une relation avec l'adulte référent sans le regard du collectif.

Proposer des médiations éducatives structurées et valorisantes (visites de métiers, atelier coaching, intervention ateliers théâtre).

En lien avec les services ASE, accompagner l'adolescent au maillage des liens existants entre lui et sa famille.

Le projet SAS reprendra les objectifs définis en amont par l'équipe à savoir :

-
-
-
-

Article 7 : PRESTATIONS PROPOSÉES

Le service proposera sur ce séjour, les prestations ci-dessous :

- Déplacement
- Suivi médical
- Suivi éducatif
- Accompagnement individualisé
- Activités Loisirs :
 - Via Ferrata,
 - Voile,
 - VTT / Randonnées,
 - Excursions touristiques,
 - Reportages Webtrotters,
 - Paroles Bruts.

• Activités Thérapeutiques et ou Éducatives :

- Art Thérapie,
- Théâtre Forum,
- Ateliers d'expression,
- Rencontres Orientations / Formations,
- Supports et approches scolaires,
- Stages d'immersion...

Article 8 : ENCADREMENT DU SÉJOUR

La direction du séjour est assurée par une notre coordinatrice Séjours Sas du 29/07 /2023 au 25/08/2023.

L'encadrement des activités périphériques est assuré par des brevets d'état liés aux activités spécifiques. Une coach et une psychologue interviendront en fonction du déroulé du séjour et de ce que l'adolescent viendra livrer.

Article 9 : COÛT ET FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

Le prix de journée est de 310.00 € (trois cent dix euros)

Les différentes prestations sont prises en charge par l'association Groupe et Découverte.

Fait à : **Brignais**

Le : **21/07/2023**

Le Directeur de Groupe et Découverte

Mr HAMOUDI Laïd

L'inspectrice ou l'inspecteur :

Les parents ou représentants légaux :

L'adolescent :



Fiche sanitaire de liaison

1. L'ENFANT

Nom du mineur* :

Prénom* :

Date de naissance* : / /

Classe (2022-2023) pour l'été :

Enfant détenteur d'un P.A.I. ou bénéficiant de l'AEEH

Classe* (2023/2024) :

Sexe* : Garçon Fille

Sieste pour les plus petits :

OUI (besoin d'une couche Ça

dépend (le préciser le matin)

2. LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 (payeur)

NOM* :

Prénom* :

Parenté :

Adresse* :

Profession* :

Mail* (pour un accès au Portail INNOENFANCE & pour recevoir les informations de l'E.V.S) :

Tél. domicile :

Tél. portable* :

Tél. travail* :

N°Allocataire CAF ou MSA* :

Responsable 2

NOM* :

Prénom* :

Parenté :

Adresse* :

Profession* :

Mail* :

Tél. domicile :

Tél. portable* :

Tél. travail* :

Quotient Familial* :

3. LES DÉLÉGATIONS

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal. Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant (si vous le souhaitez) et si possible un numéro de téléphone.

Nom	Prénom	Liens	Coordonnées

Merci de nous prévenir au préalable (le matin ou par mail) lorsqu'une de ses personnes est amenée à venir chercher votre enfant.

* Mentions à renseigner obligatoirement.

4. LES VACCINATIONS*

Nom du médecin traitant : Tél.:

Vaccins obligatoires pour tous				Vaccins recommandés pour les enfants avant le 1er Janv. 2018 mais devenus obligatoires pour les enfants nés après le 1er Janv. 2018							
	OUI	NON	Date dernier Rappel		OUI	NON	Date dernier Rappel		OUI	NON	Date dernier Rappel
Diphtérie				Coqueluche				Hépatite B			
Tétanos				Haemophilus				Méningocoque C			
Poliomyélite				Rubéole / Oreillons / Rougeole				Pneumocoque			

Joindre obligatoirement une copie des vaccins du carnet de santé avec le nom de l'enfant inscrit en haut de la page. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

5. LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT*

Poids : Votre enfant suit un traitement médical pendant l'accueil : OUI NON
 Taille :

Si oui, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES * & DIFFICULTÉS DE SANTÉ

ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen...):

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler), joindre un certificat médical si nécessaire.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, besoins éducatifs particuliers, régimes alimentaires (sans porc/sans viande)...

Je soussigné,* responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'Urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date*:

Signature obligatoire*: