



## DEMANDE D'ADMISSION SÉJOUR DE DISTANCIATION "SAS"

# PARCE QUE CE SONT PLUS QUE DES LOISIRS !

UNE ÉQUIPE UN PROJET UN SÉJOUR

**Identité de l'adolescent :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Lieu de vie :**

**Prescripteur :** Département de l'Isère

**Date de la demande :** ..... / ..... / .....

## CANDIDATURE D'ACCUEIL RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Merci de remplir ce document le plus précisément possible. Il nous est utile pour comprendre la situation de l'adolescent. Il est un outil indispensable à l'équipe éducative.

AP depuis : .....

OPP depuis : .....

**SÉJOUR DEMANDÉ :** SÉJOUR DE DISTANCIATION « SAS »

**ADOLESCENT :** Manon T.....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse actuelle : .....

Père	Mère
Nom Prénom : Adresse : Téléphone :	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Fratie :	
Famille recomposée	Personnes ressources
<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>

### PARENTS :

Situation des parents :

Autorité parentale :

### SERVICE DEMANDEUR :

Adresse :

Téléphone / Fax :

Mail :

### RÉFÉRENT ASE : Mme, M.

Adresse :

Téléphone / Fax :

Mail :

### PÔLE PARCOURS : Mme, M.

Adresse :

Téléphone / Fax :

Mail :

## 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"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>

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"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>

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 :



## 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 INNOFANCE & 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\*: