



SEJOUR EN INTEGRATION 2023

Demande d'inscription

Un enfant porteur de handicap physique, sensoriel, psychique ou mental peut être accueilli en séjour en intégration, c'est à dire au sein d'un séjour traditionnel. Il est soutenu par un animateur, qui l'aide dans la vie quotidienne et les activités. La qualité des informations transmises sur son autonomie est déterminante pour la réussite de l'intégration. **Aucun aspect ne sera minoré afin de ne pas desservir l'enfant, ni mettre l'équipe pédagogique du séjour en difficulté. Les dossiers incomplets ou non signés seront refusés.**

Séjour Dates : du au
Transport : Aller Retour

L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Garçon Fille Né(e) le :

Adresse de l'enfant :

Code Postal : Ville :

Tél. : Portable :

Mail :

N° Sécurité sociale :

Nom de l'assuré :

CADRE RESERVE AU MARTOURET Commission d'Admission

Date :

Avis : Favorable avec TP
 Refus Sans TP

Observations / Motif du refus :

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

Envoi des documents *dossier, convocation, trousseau*
 Adresse Enfant Adresse Responsable

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père

Mère

Tuteur

NOM Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Tél. Domicile obligatoire : Portable obligatoire :

Travail : Mail :

L'enfant vit-il en famille en famille d'accueil * en établissement *

* Nom du Référent :

* Adresse :

* Tel obligatoire : * Portable :

TIERCE PERSONNE

Lien de parenté :

(à contacter en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable)

M ou Mme : Tel. Domicile + Portable :

Adresse :

Médecin traitant - Docteur Téléphone :

Adresse :

NATURE DU HANDICAP

Handicap ou déficience : Moteur Mentale Sensorielle Comportementale

Précisez :

L'enfant vient-il en fauteuil roulant : Non Oui, manuel pliant / non pliant - rayer la mention inutile
 Oui, électrique pliant / non pliant - rayer la mention inutile

Dimensions Hauteur : Largeur : Profondeur : Poids :

L'enfant a-t-il besoin d'une personne pour l'aider au quotidien ?

Oui, pour lui seul Oui, à partager avec d'autres enfants du séjour Non

COMMUNICATION

L'enfant a-t-il l'usage de la parole ordinaire difficile * très difficile * * Précisez :

Si l'enfant a une déficience visuelle ou auditive, préciser le degré (partiel, total, port de lunettes, d'appareil auditif...) et l'entretien :

L'enfant est-il scolarisé ? Oui Non Est-il déjà parti en séjour ? Adapté En intégration
Peut-il Lire Ecrire Compter Non

L'enfant comprend-t-il une consigne simple ? Oui Non A-t-il la notion du danger ? Oui Non

COMPORTEMENT

Si l'enfant a un retard de développement ou d'acquisition, à quel âge diriez-vous qu'il se rapproche le plus ?
Physiquement : Intellectuellement :

L'enfant est-il sujet à des troubles du comportement, sautes d'humeur, des violences... ? Oui Non

Précisez ce qui caractérise le trouble ou la 'crise' :
.....

Précisez ce qui déclenche le trouble ou la 'crise' :
.....

Précisez ce qui peut le calmer, arrêter la 'crise' :
.....

Rapport à la sexualité
.....
.....

Est-il sujet à la violence envers lui-même ?.....

Envers les autres enfants ?

Envers les adultes ?

Quels signes peuvent nous aider à déceler une douleur ou un malaise ?.....

ALIMENTATION

L'enfant a-t-il une alimentation :

Ordinaire Mixée Hachée Sujet aux fausses routes

VIE QUOTIDIENNE

Quels sont les centres d'intérêt de l'enfant ? Pratique-t-il des activités sportives ?

L'enfant participe-t-il facilement à la vie de groupe ? Oui Non Précisez :

Pouvez-vous nous préciser les éléments suivants : *Merci d'entourer la réponse*

L'enfant marche : Seul – Avec de l'aide – Ne marche pas

Est-il facilement fatigable ? Oui - Non

Il marche : Moins d'1 heure - Jusqu'à 2 heures - Sans difficulté

Il sait nager : Oui, seul - Oui avec brassards - Non

Fait-il la sieste ? Oui – Non

A-t-il un sommeil : Calme - Agité

A-t-il besoin d'être retourné la nuit ? Oui - Non

L'enfant souffre-t-il de : Enurésie - Encoprésie – Jour / Nuit

Fréquence :

Porte-t-il des protections (à fournir) ? Oui - Non

Soins particuliers : Kiné, soins infirmiers...

Rdv et coût à la charge de l'inscrivant

Si possible, merci de suspendre les soins

Précisez si l'enfant peut faire ces actions seul, avec une aide partielle ou une aide totale :

Se lever / se coucher

Se doucher.....

Faire sa toilette au lavabo.....
Aller aux toilettes
S'habiller
Se chausser

Manger
Boire.....
Régime alimentaire particulier
.....
.....

L'enfant a-t-il besoin de matériel spécifique

Lit médicalisé *Lit douche* *Lève personne* *Matelas anti escarre*

Je soussigné/e certifie avoir pris connaissances des conditions générales et les accepte sans réserve, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire jointe, et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage à régler l'ensemble des frais médicaux avancés par le centre en cas de soins. J'autorise l'enfant à pratiquer l'ensemble des activités prévues durant le séjour pour lequel il a été inscrit.

Date :

Signature :

OBLIGATOIRE POUR VALIDER L'INSCRIPTION.

L'ENFANT

**FICHE
SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

INTITULE DU SEJOUR : _____

DATES : DU ____/____/____ AU ____/____/____

N° Sécurité Sociale (obligatoire) : _____

Je joins obligatoirement l'attestation en cours de validité : de Sécurité Sociale de CMU

La fiche sanitaire est un document obligatoire et confidentiel, à fournir dès l'inscription. Elle doit être remplie, complétée d'un numéro d'urgence et signée. Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Si l'état de santé de votre enfant nécessite une consultation médicale, vous en serez immédiatement informé. Elle nous permet d'assurer le bien-être de l'enfant pendant son séjour.

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Joindre la copie des pages Vaccinations du carnet de santé de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON Lequel : _____

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES
REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES OUI NON
DES LUNETTES OUI NON - prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES AUDITIVES OUI NON - prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE OUI NON - prévoir un étui au nom de l'enfant
AUTRES RECOMMANDATIONS - PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE

Téléphones obligatoires : Portable :

Domicile : Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Lu et approuvé, le/...../....., à

Signature OBLIGATOIRE

Je joins à la fiche sanitaire : L'attestation à jour de Sécurité Sociale-Carte Vitale
 ou L'attestation à jour CMU
 La copie des vaccins (obligatoire) Le chèque de caution médicale.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

OBSERVATIONS

