



SEJOUR EN INTEGRATION 2026

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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)

PRECISEZ 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