



# 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				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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE
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