



# DOSSIER CANDIDATURE – 2026

## DISPOSITIF DE RÉPIT

Date de création : <a href="#">Septembre 2023</a>	Date de modification : <a href="#">Mai 2025</a>	Date de diffusion : <a href="#">Mai 2025</a>
Rédacteur(s) : <a href="#">Bureau des entrées</a>	Vérifié par : <a href="#">Direction</a>	Approuvé par : <a href="#">Qualificienne</a>

**Nom / Prénom de l'enfant :** .....

### Pièces à joindre au dossier

DESCRIPTIF	PIÈCE REMISE
Notification de la MDPH (merci de vérifier la validité du document)	
Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale sur laquelle figure votre enfant <b>OBLIGATOIRE</b> (merci de vérifier la validité du document)	
Photocopie de la carte de votre mutuelle complémentaire <b>OBLIGATOIRE</b> (Merci de vérifier la validité du document)	
Attestation de responsabilité civile de l'année en cours <b>OBLIGATOIRE</b>	
Attestation de Quotient familial CAF / MSA <b>OBLIGATOIRE</b>	
Copie intégrale du(des) livret(s) de famille	
Une photo d'identité	
Ordonnances en cours (traitements et régime) + copie vaccinations + volet médical <b>Sous pli confidentiel à destination du service médical</b>	

**Merci de transmettre les pièces justificatives en format PDF**



## VOLET ADMINISTRATIF

**Nom et Prénom de l'Enfant :** .....

**Né(e) le :** ...../...../..... à .....

**Lieu de résidence actuel :**

Hébergé (e) au domicile familial :  Père  Mère  Les deux  Autre : .....

Adresse du lieu de résidence :

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

**Nom et Prénom du Père :** .....

**Né(e) le :** ...../...../..... à .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

N° Tél. fixe |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|      N° Tél. port. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

E-mail : .....

Situation professionnelle :  Ouvrier       Salarié       En recherche d'emploi

Artisan/Commerçant       Autres, à préciser : .....

Nom et adresse de l'Employeur : .....

.....

N° Téléphone au travail : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Nom et Prénom de la Mère :** .....

**Né(e) le :** ...../...../..... à .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

N° Tél. fixe |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|    N° Tél. port. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

E-mail : .....

Situation professionnelle :  Ouvrier                       Salarié                       En recherche d'emploi

Artisan/Commerçant     Autres, à préciser : .....

Nom et adresse de l'Employeur : .....

.....

N° Téléphone au travail : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Situation familiale :**     Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Séparé(e)     Vie maritale

**Composition de la famille :**

Nom et Prénom de TOUS LES ENFANTS	Date de naissance

**Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant :**

- À appeler en cas d'urgence
- Autorisé(e) à prendre l'enfant

**Nom et Prénom :** .....

**Lien avec l'enfant :** .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

N° Tél. fixe |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|    N° Tél. port. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Mesure de protection et/ou mesure éducative**

	<b>Votre enfant</b>	<b>Parents</b>
Bénéficie d'une mesure de protection et / ou mesure éducative :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, Précisez la mesure de protection et / ou mesure éducative dont il ou elle / vous bénéficie(z) :		

**Situation actuelle de l'enfant :**

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s))

○ Accompagnement

Accompagné par un service médico-social

Lequel : .....

Accompagné par un établissement médico-social

Lequel : .....

Accompagné en secteur sanitaire (CAMPS, CMP, Hôpital de jour...)

Lequel : .....

Sans accueil, ni accompagnement

Accompagnement par des professionnels libéraux

Accompagnement par l'ASE

Autres, à préciser : .....

○ Scolarisation

Scolarisé en milieu ordinaire

Scolarisé en établissement médico-social

Formation professionnelle

Si ULIS :  ULIS École     ULIS Collège     ULIS Lycée

Autres, à préciser : .....

Établissement scolaire : .....

## VOLET HABITUDES DE VIE

Cette fiche vise à percevoir l'enfant dans sa globalité afin de répondre au mieux à ses attentes et ses besoins. **Les renseignements fournis sont à usage interne uniquement.**

### 1 - LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'objectif de cette partie est d'avoir une idée précise de l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne de l'enfant afin d'adapter la prise en charge à ses besoins et à ses aptitudes.

#### Hygiène :

Sait aller aux toilettes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non	Enurétique	<input type="checkbox"/> jour	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> non
Sait se laver	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non	Encoprétique	<input type="checkbox"/> jour	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> non
Sait se raser	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non	Porte des protections	<input type="checkbox"/> jour	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> non
Sait s'habiller	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non				
<b>Précisions (besoin d'assistance...) :</b>							

#### Sommeil :

Fait la sieste	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Heure habituelle de la sieste :	
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Peut-il se coucher plus tard (soirée...)	
Peut avoir des angoisses/insomnies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Heure habituelle de réveil :	
<b>Précisions (rituel spécifique à respecter...) :</b>				

#### Repas :

A besoin d'aide pour les repas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sait couper ses aliments	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mange mixé ou pré-haché	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Précisions (habitude pendant les repas...) :</b>		
<b>Régime alimentaire</b>	Si oui, précisez lequel :  Veuillez transmettre le protocole le cas échéant.	

#### Déplacements :

Lors <b>des déplacements à pieds</b> , l'enfant est conscient du danger lié à la circulation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Consignes éventuelles :</b>		

L'enfant a-t-il des **contre-indications** en ce qui concerne les moyens de transports suivants ?

Voiture, minibus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Transport en commun (Bus...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Train	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Supporte les longues distances	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est-il/elle autonome ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A le mal des transports	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Symptômes, préciser :</b>		

<b>Attitudes préconisées (Monter à l'avant...)</b>	
--	--

**Aptitude :**

**Capacités physiques**

Monte et descend les escaliers	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> accompagné	<input type="checkbox"/> non
Peut marcher	<input type="checkbox"/> + d'1h	<input type="checkbox"/> 1 h	<input type="checkbox"/> - d'1h
Rythme	<input type="checkbox"/> dynamique	<input type="checkbox"/> modéré	<input type="checkbox"/> lent
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Béquilles ou cannes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Sait gérer ses <b>affaires personnelles</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non
Sait gérer son <b>argent personnel</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non

**Téléphone**

Sait téléphoner	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, possède-t-il un téléphone portable ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**2 - LA VIE EN COLLECTIVITÉ**

Les renseignements que vous fournirez permettront à l'équipe d'encadrement de connaître les capacités d'expression et de compréhension de l'enfant ainsi que son comportement au sein du collectif.

**Communication**

Communique par le langage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Communique par les gestes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Utilise des pictogrammes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Comprend facilement de ce qu'on lui dit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sait lire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sait écrire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non
<b>Consignes et outils éventuels pour faciliter la communication :</b>	Ex : Classeur communication, Emplois du temps verticaux, ...		

### Comportement au sein d'un groupe

L'enfant a-t-il l'habitude d'évoluer au sein d'un groupe ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui,	<input type="checkbox"/> au quotidien	<input type="checkbox"/> Occasionnellement
Participe aux actes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A besoin d'être sollicité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tâches qu'il/elle fait habituellement (ménage, cuisine...)		
A l'habitude de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est déjà parti en transfert avec son établissement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

### **3 - LES CAPACITÉS D'ADAPTATION**

Cette partie consiste à cerner au mieux les capacités d'adaptation de l'enfant (capacité à se repérer dans l'espace, réaction face aux imprévus...) afin d'adapter au mieux son environnement et son accompagnement.

#### Orientation spatiale

Sait s'orienter rapidement dans un lieu qu'il/elle ne connaît pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Peut demander son chemin	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A l'habitude de sortir seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A l'habitude de rester seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

#### Troubles du comportement

<b>Angoisse :</b>		
Dans un environnement bruyant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dans un environnement calme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Manifestations agressives :</b>		
Symptômes :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fréquence :		
Causes :		
<b>Autres troubles du comportement :</b>		
Préciser :		
Symptômes :		
Fréquence :		
Causes :		
<b>Gestion des crises :</b> Suggestions/propositions (Appel aux parents, ne pas lui parler...) :		

#### 4 - LES ACTIVITÉS ET GESTION DES TEMPS LIBRES

Cette partie vise à renseigner l'équipe d'encadrement sur les activités à mettre en place lors des sorties loisirs ainsi sur les précautions à prendre (stimulation, préparation à l'activité...).

##### Activités pratiquées

<b>Sait nager</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Met la tête sous l'eau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sait nager là où il n'a pas pied	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Autorisé la baignade sous surveillance</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Sait faire du vélo</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sur la voie publique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Sait monter à cheval</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>A le vertige</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<b>Quels sont les loisirs de l'enfant ?</b> (Écoute de la musique, dessin, lit...)

<b>Comment l'enfant vit-il les moments d'attente ?</b>		
S'isole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Recherche la présence :</b>		
Du groupe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De l'équipe d'encadrement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>L'enfant possède-t-il un objet favori/ fétiche ?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, lequel :		



## Autorisation pour le partage d'informations

Entre les professionnels de santé et les professionnels du champ social et médico-social dans le cadre du projet d'accompagnement du jeune

**À CONSERVER PAR LE JEUNE  
(et son responsable légal, le cas échéant)**

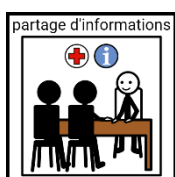


**La Loi de Modernisation du Système de Santé du 27 janvier 2016, et les décrets du 20 juillet 2016 (décret 2016-994, et décret 2016-996), posent le cadre du **partage d'informations** entre les professionnels de santé et les professionnels du champ social et médico-social (repris dans L1110-4 du Code de la Santé Publique).**

Ainsi, un professionnel du Dispositif de Répit **peut** partager une information concernant le jeune qu'il va accompagner ou accompagne avec un autre professionnel, **s'il l'estime nécessaire (avant et après l'admission).**

### **La loi autorise le professionnel à partager une information dans le cadre suivant :**

- ⇒ Le jeune (son responsable légal le cas échéant) doit **être informé de manière éclairée** sur la réglementation concernant le partage d'information.
- ⇒ Les informations partagées par les professionnels doivent être **nécessaires pour mener à bien le projet d'accompagnement du jeune** (coordination du projet, prévention, continuité des soins et des accompagnements et suivis sociaux, médico- sociaux...).
- ⇒ Le jeune (son responsable légal le cas échéant) doit avoir donné son **consentement au partage d'informations** entre les professionnels du Dispositif Répit (signature du document sur l'autorisation pour le partage d'informations), et entre les professionnels du Dispositif de Répit et un partenaire extérieur.
- ⇒ Le jeune (son responsable légal le cas échéant) doit être informé sur son **droit de s'opposer à la transmission d'informations**, tel que le prévoit l'article L1110-4 du Code de la santé publique.



- Pour cela, il doit en **informer le coordonnateur du Dispositif**, responsable de son projet d'accompagnement au sein du DITEP.
- Le jeune (son responsable légal le cas échéant) doit être informé qu'il pourrait y avoir des **conséquences sur la qualité de l'accompagnement** proposé par le Dispositif de Répit si les professionnels ne sont pas autorisés à partager les informations nécessaires à l'accompagnement. **Cela pourrait remettre en cause son accompagnement.**







## Autorisation pour le partage d'informations

Entre les professionnels de santé et les professionnels du champ social et médico-social dans le cadre du projet d'accompagnement du jeune

### À CONSERVER PAR LE DISPOSITIF RÉPIT Partage d'informations entre professionnels

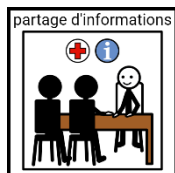
Je soussigné(e) (Nom et Prénom du jeune) : .....



Nom et prénom de mon responsable légal (le cas échéant) : .....

Lien avec mon responsable légal :  Père  Mère  Tuteur légal

Autre, préciser : .....



- Autorise** les professionnels à **partager les informations nécessaires** à mon accompagnement (informations médicales, paramédicales, médico-sociales, éducatives, sociales, scolaires) afin que mon projet puisse être coordonné entre les divers intervenants.



- N'autorise pas** les professionnels à **partager les informations nécessaires** à mon accompagnement (informations médicales, paramédicales, médico-sociales, éducatives, sociales, scolaires) afin que mon projet puisse être coordonné entre les divers intervenants.

➡ Je suis informé(e) qu'à **tout moment j'ai le droit de m'opposer à la transmission d'informations** telle que le prévoit l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique. Pour cela, **je dois en informer le coordonnateur** du Dispositif, responsable de mon accompagnement.

➡ Je suis informé(e) qu'il peut y avoir **des conséquences sur la qualité de l'accompagnement** proposé par le Dispositif de Répit si les professionnels ne sont pas autorisés à partager les informations nécessaires à mon accompagnement. **Cela pourrait remettre en cause mon accompagnement.**

Date : ...../...../.....

Signature du jeune et de son  
Responsable légal (le cas échéant) :





## Autorisation pour le partage d'informations

Entre les professionnels de santé et les professionnels du champ social et médico-social dans le cadre du projet d'accompagnement du jeune

### À CONSERVER PAR LE DISPOSITIF RÉPIT

Partage d'informations entre professionnels et partenaires extérieurs



**Je soussigné(e)** (Nom et Prénom du jeune) : .....

**Nom et prénom de mon responsable légal** (le cas échéant) : .....

**Lien avec mon responsable légal** :  Père  Mère  Tuteur légal

Autre, préciser : .....



**Autorise** les professionnels à **partager les informations nécessaires** à mon accompagnement (informations médicales, paramédicales, médico-sociales, éducatives, sociales, scolaires) afin que mon projet puisse être coordonné **avec les divers intervenants**.



**N'autorise pas** les professionnels à **partager les informations nécessaires** à mon accompagnement (informations médicales, paramédicales, médico-sociales, éducatives, sociales, scolaires) afin que mon projet puisse être coordonné **avec les divers intervenants**.

MDPH : .....

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE / ENSEIGNANT RÉFÉRENT : .....

HÔPITAL / CMP / CMPP / PROFESSIONNEL LIBÉRAL : .....

AIDE SOCIALE À L'ENFANCE / ASSISTANT SOCIAL DE SECTEUR : .....

AUTRES : .....

➡ Je suis informé(e) qu'à **tout moment j'ai le droit de m'opposer à la transmission d'informations** telle que le prévoit l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique. Pour cela, **je dois en informer le coordonnateur du Dispositif de Répit**, responsable de mon accompagnement.

➡ Je suis informé(e) qu'il peut y avoir **des conséquences sur la qualité de l'accompagnement** proposé par le Dispositif de Répit si les professionnels ne sont pas autorisés à partager les informations nécessaires à mon accompagnement. **Cela pourrait remettre en cause mon accompagnement.**

Date : ...../...../.....

Signature du jeune et de son responsable légal (le cas échéant) :



# VOLET MÉDICAL



**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

**Numéro de complémentaire santé :** .....

**Représentant légal qui sera prévenu en cas d'urgence :** (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone) :

.....  
.....



**Médecin traitant** (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone) :

.....  
.....

Prises en charge libérales	OUI	NON	Nom du professionnel adresse – n° de téléphone	Modalités (1 fois/jour...)
Kinésithérapeute				
Infirmier				
Autres :				

**Vaccinations :** merci de joindre la photocopie du **carnet de santé**





## DROIT D'HOSPITALISATION

*(Ces autorisations sont valables seulement sur le temps du Dispositif de Répit)*

Date de création : <a href="#">Septembre 2023</a>	Date de modification : <a href="#">Mai 2025</a>	Date de diffusion : <a href="#">Mai 2025</a>
Rédacteur(s) : <a href="#">Bureau des entrées</a>	Vérfié par : <a href="#">Direction</a>	Approuvé par : <a href="#">Qualificienne</a>

**Je soussigné(e) :** .....



Père

Mère

Tuteur légal

**Responsable légal de** (Nom et Prénom de l'enfant) : .....

Demeurant à : .....

N° Tél. domicile : .....

N° Tél. portable : .....

N° Tél. travail : .....

hôpital



• **Autorise le Dispositif de Répit à prendre les mesures pour :**

- Le transport en urgence de mon enfant à l'hôpital par le SAMU ou les pompiers en cas d'accident
- Une hospitalisation / une opération urgente si nécessaire

• **Je souhaiterais toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit admis :**

- À l'hôpital
- À la clinique
- À Je laisse l'administration libre de choisir l'établissement hospitalier



**En tant que responsable légal, vous êtes tenu d'accompagner votre enfant à l'hôpital/clinique. Les représentants légaux ou l'astreinte ASE seront en charge d'organiser un relais parental/éducatif sur le temps d'hospitalisation au maximum dans les 2 heures après avoir été informés.**

Date : ...../...../.....

Signature :





PÔLE DOMICILE  
16-17-78-86  
SESSAD de NOY  
Canton de Breuille (79)



## ALLERGIES ET/OU INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

*(Ces autorisations sont valables seulement sur le temps du Dispositif de Répit)*

Date de création : <a href="#">Septembre 2023</a>	Date de modification : <a href="#">Mai 2025</a>	Date de diffusion : <a href="#">Mai 2025</a>
Rédacteur(s) : <a href="#">Bureau des entrées</a>	Vérfié par : <a href="#">Direction</a>	Approuvé par : <a href="#">Qualificienne</a>

Je soussigné (Nom/Prénom du représentant légal) : .....

Certifie que mon enfant (Nom – Prénom du jeune) : .....

Né(e) le ...../...../.....

**Présente une allergie ou une intolérance**

**(Merci de nous transmettre un courrier de votre médecin traitant)**

Préciser le ou les type(s) d'allergie ou d'intolérance :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ne présente pas d'allergie ou d'intolérance**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du représentant légal :





# Autorisation parentale

*(Ces autorisations sont valables seulement sur le temps du Dispositif de Répit)*

Date de création : <a href="#">Octobre 2024</a>	Date de modification : <a href="#">Mai 2025</a>	Date de diffusion : <a href="#">Mai 2025</a>
Rédacteur(s) : <a href="#">Bureau des entrées</a>	Vérfié par : <a href="#">Direction</a>	Approuvé par : <a href="#">Qualificienne</a>

## DROIT À L'IMAGE

Le droit à l'image permet d'autoriser ou de refuser la reproduction et la diffusion publique de son image, si nous sommes identifiables sur celle-ci. Ce droit répond à l'article 9 du Code civil : « Chacun a droit au respect de sa vie privée ».

Ce document est destiné à recueillir votre consentement ou refus ; cette autorisation étant nécessaire pour la diffusion d'images de votre enfant durant son accompagnement au sein du Dispositif de Répit.

Je soussigné(e) .....  
Représentant légal de .....

**Accepte que mon enfant soit photographié / filmé dans le cadre de son accueil au sein du Dispositif de Répit :**

- Oui**  **Non**

**Accepte que les photographies / films de mon enfant soient diffusés :**

Sur le site internet et les réseaux sociaux de l'ITEP de la Roussille	OUI	NON
Sur des supports de communication interne (présentation des projets lors des journées portes ouvertes par exemple)	OUI	NON

*Rayer la mention inutile*

**J'ai été informé(e) :**

- Que ce formulaire ne concerne que les diffusions publiques et exclut donc la photographie utilisée dans le dossier de mon enfant ;
- Que les utilisations éventuelles ne peuvent en aucun cas porter atteinte à la vie privée et plus généralement ne sont pas de nature à nuire ou à causer quelconque préjudice ;
- Que je peux m'opposer, à tout moment, à la diffusion d'une image de mon enfant ou en demander le retrait ;
- Que d'autres autorisations pourront m'être demandées dans le cadre d'évènements spéciaux ou de publication d'images dans la Presse ;

Que la présente autorisation est consentie à titre gracieux et ne comporte aucune contrepartie financière ou matérielle ;

Que les photographies de mon enfant ne seront pas conservées au-delà de la durée d'accompagnement au sein de l'établissement.

**Rappel :**

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données personnelles le concernant, d'un droit de rectification, d'un droit à l'effacement des données, du droit de retirer votre consentement au traitement des données, du droit à la limitation du traitement, du droit à la portabilité des données, du droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière. Pour exercer vos différents droits auprès de l'ITEP de la Roussille, vous pouvez envoyer un email à l'adresse : [itep@itepdelaroussille.fr](mailto:itep@itepdelaroussille.fr).

**Je confirme donner mon consentement libre et éclairé.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature :**

## Règlement de fonctionnement

J'atteste avoir bien pris connaissance du règlement de fonctionnement du Dispositif de Répit ci-après.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature du responsable légal  
(ou du jeune majeur le cas échéant) :**



## Règlement de fonctionnement du Dispositif de Répit

### ❖ Pour les week-ends INTERNAT :

**Les arrivées** : Les enfants arrivent à l'ITEP de la ROUSSILLE – 201 rue de la Roussille 79000 NIORT, à partir de **14 h 30 les vendredis de chaque week-end concernés** (ou dès 14h00 pour les jeunes étant déjà pris en charge sur l'IME Le Logis de Villaine le vendredi).

**Les départs** : Les enfants partent **les lundis entre 9 h 00 et 10 h 30** (ou jusqu'à 11 h 00 pour les jeunes étant pris en charge sur l'IME Le Logis de Villaine le lundi matin).

Sur les temps d'internat, nous vous demandons de prévoir le linge personnel et des vêtements ainsi qu'un nécessaire de toilette. Vous voudrez bien faire le nécessaire pour que tous **les vêtements soient marqués au nom de votre enfant**.

### ❖ Pour les week-ends EXTERNAT :

Les enfants arrivent à l'ITEP de la ROUSSILLE – 201 rue de la Roussille 79000 NIORT, entre **9 h 15 et 9 h 30 et vous pouvez récupérer votre enfant entre 16 h 15 et 16 h 30**.

Votre enfant doit porter une tenue adaptée en fonction de la météo prévue pour la journée (prévoir une tenue de rechange).

### ❖ Pour les VISITES À DOMICILE/ PRISES EN CHARGES INDIVIDUELLES :

Elles sont organisées avec le référent éducatif directement en amont. Les visites à domicile sont programmées de quelques heures à une demi-journée.

Horaires compris entre 9 h 30 et 16 h 45.

### ❖ Pour les VACANCES D'HIVER, de PÂQUES, de la TOUSSAINT :

Les jeunes sont accueillis à l'ITEP de la ROUSSILLE en internat.

#### La semaine :

**Les arrivées** : Les enfants arrivent **le lundi entre 9 h 30 et 10 h 30**.

**Les départs** : Les enfants partent **le vendredi entre 9 h 00 et 10 h 00**.

#### Le dernier week-end des petites vacances :

**Les arrivées** : Les enfants arrivent **le vendredi entre 16 h 00 et 17 h 00**.

**Les départs** : Les enfants partent **le lundi entre 9 h 00 et 10 h 00**.

### ❖ Pour les VACANCES ESTIVALES :

Les jeunes sont accueillis à l'ITEP de la ROUSSILLE en internat.

#### La 1<sup>ère</sup> semaine :

**Les arrivées** : Les enfants arrivent **le lundi entre 9 h 30 et 10 h 30**.

**Les départs** : Les enfants partent **le vendredi entre 9 h 00 et 10 h 00**.

#### Les week-ends :

**Les arrivées** : Les enfants arrivent **le vendredi entre 16 h 00 et 17 h 00**.

**Les départs** : Les enfants partent **le lundi entre 9 h 00 et 10 h 00**.

#### Les autres semaines :

**Les arrivées** : Les enfants arrivent **le lundi entre 16 h 00 et 17 h 00**.

**Les départs** : Les enfants partent **le vendredi entre 9 h 00 et 10 h 00**.

❖ **LE TRANSPORT** : Les responsables légaux ont la charge du transport de leur enfant en internat et en externat.

Toute personne accompagnant l'enfant doit se présenter directement sur le groupe en faisant du lien avec l'éducateur référent (vérification des médicaments, ordonnances, vêtements...).



**Pour tout départ ou arrivée en dehors de ces créneaux horaires, ou en cas de difficulté de transport**, merci de vous rapprocher des coordinatrices pour préparer au mieux l'organisation du transport :



Mme BRIANTIN Doriane : 06 03 25 62 13

Mme RAVET Alia : 06 60 07 94 36

- ❖ **L'ACCOMPAGNEMENT** : Les activités proposées sont principalement tournées vers le loisir et la détente.
- ❖ **LA DURÉE DU REPIT** : L'accompagnement ne peut excéder **60 jours par année civile**. Ces jours peuvent être consécutifs ou non.
- ❖ **LES REPAS** : Les repas sont pris en charge par le Dispositif de Répit et sont confectionnés selon les régimes alimentaires de chacun.
- ❖ **LES MÉDICAMENTS** : chaque famille doit préparer, en amont, **un pilulier au nom de l'enfant contenant les médicaments et l'ordonnance à jour** (cela peut être une trousse).  
**Si les médicaments ou l'ordonnance sont oubliés, l'équipe refusera l'accueil de votre enfant.**
- ❖ **COMPORTEMENT INADAPTÉ DU JEUNE** : En cas d'agression, la victime et l'agresseur ne peuvent pas rester ensemble sur l'offre de répit proposée. **Dès lors, l'agresseur se verra contraint de partir dans les plus brefs délais. Les représentants légaux ou l'astreinte ASE seront en charge d'organiser son retour au domicile au maximum dans les 2 heures après avoir été informés.** L'agression peut être physique ou psychologique. L'évaluation sera faite par le coordonnateur du Dispositif de Répit ainsi que par le cadre d'astreinte au besoin.
- ❖ **COMMUNICATION** : Pour l'ensemble des familles et des professionnels ayant sollicité l'accueil d'un jeune sur le Dispositif de Répit, un retour par mail vous sera fait après chaque accueil (ou par téléphone si vous ne disposez pas de mail).
- ❖ **ABSENCE** : Dans le souci de permettre à un maximum de familles / aidants de bénéficier du Dispositif de Répit, nous vous informons que **toute absence injustifiée entraînera une perte de priorité pour les inscriptions futures**. Cette mesure vise à garantir une gestion équitable des places disponibles et à éviter les absences non justifiées qui pourraient bénéficier à d'autres aidants ou enfants ayant besoin de répit.

**En cas d'absence, nous vous remercions de prévenir les coordinatrices dans les plus brefs délais.**