



DOSSIER CANDIDATURE – 2026

UNITÉ D'HÉBERGEMENT

SITUATION COMPLEXE / CRITIQUE

Date de création : Mai 2025	Date de modification :	Date de diffusion : Mai 2025
Rédacteur(s) : Administration	Vérifié par : Direction	Approuvé par : Direction

Nom / Prénom de l'enfant :

Pièces obligatoires 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 (Merci de vérifier la validité du document)	
Photocopie de la carte de votre mutuelle complémentaire (Merci de vérifier la validité du document)	
Attestation de responsabilité civile de l'année en cours	
Attestation de Quotient Familial CAF / MSA	
Copie intégrale du(des) livret(s) de famille	
Une photo d'identité	
Ordonnances en cours (traitements et régime) + copie vaccinations + volet médical Sous pli confidentiel à destination du service médical	
Les deux derniers projets personnalisés d'accompagnement du jeune	
Un bilan éducatif descriptif de la situation précisant les points motivant l'intégration du jeune au sein de l'Unité d'Hébergement	

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 : |__|__|__|__|__|

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

	Votre enfant	Parents
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				
Précisions (besoin d'assistance...) :							

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 :	
Précisions (rituel spécifique à respecter...) :				

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
Précisions (habitude pendant les repas...) :		
Régime alimentaire	Si oui, précisez lequel :	
	Veuillez transmettre le protocole le cas échéant.	

Déplacements :

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

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
Symptômes, préciser :		

Attitudes préconisées (Monter à l'avant...)	
--	--

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 affaires personnelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> assisté	<input type="checkbox"/> non
Sait gérer son argent personnel	<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
Consignes et outils éventuels pour faciliter la communication :	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

Angoisse :		
Dans un environnement bruyant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dans un environnement calme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Manifestations agressives :		
Symptômes :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fréquence :		
Causes :		
Autres troubles du comportement :		
Préciser :		
Symptômes :		
Fréquence :		
Causes :		
Gestion des crises : 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

Sait nager	<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
Autorisé la baignade sous surveillance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sait faire du vélo	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sur la voie publique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sait monter à cheval	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A le vertige	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

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

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

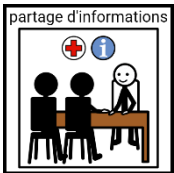


La Loi de Modernisation du Système de Santé du 27 janvier 2016, et les décrets du 20 juillet 2016 (décret 2016-994, et décret 2016-996), posent le cadre du **partage d'informations entre les professionnels de santé et les professionnels du champ social et médico-social (repris dans L1110-4 du Code de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

Ainsi, un professionnel du DITEP **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 DITEP (signature du document sur l'autorisation pour le partage d'informations), et entre les professionnels du DITEP 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 cadre socio-éducatif**, 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 DITEP si les professionnels ne sont pas autorisés à partager les informations nécessaires à l'accompagnement. **Cela pourrait remettre en cause son accompagnement global au sein du DITEP.**



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 DITEP Partage d'informations entre professionnels

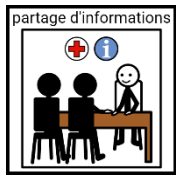
Je soussigné(e) (Nom et Prénom du jeune) :



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

Lien avec mon responsable légal : Père Mère Tuteur légal

Autre, préciser :



- Autorise** les professionnels du DITEP 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 du DITEP 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 cadre socio-éducatif**, responsable de mon accompagnement.

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

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 DITEP

Partage d'informations entre professionnels et partenaires extérieurs

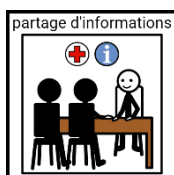


Je soussigné(e) (Nom et Prénom du jeune) :

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

Lien avec mon responsable légal : Père Mère Tuteur légal

Autre, préciser :



Autorise les professionnels du DITEP 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 du DITEP 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 cadre socio-éducatif**, responsable de mon accompagnement.

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

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

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

VOLET MÉDICAL

Fiche renseignements médicaux

À faire remplir par le Médecin traitant

L'ENFANT

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Taillem

Poids.....kg

IMC :

Droitier

Gaucher

L'enfant a-t-il un traitement ?

Oui

Non

Si oui, motif(s) :

(Cf. intitulés 5/ et 8/)

MEDECIN TRAITANT

Docteur :



:

Adresse :

1/ VACCINATIONS (préciser les dates d'injection ou dernier rappel)

DT Polio :

BCG :

ROR :

Hépatite B :

Autres (préciser) :

2/ MALADIES CONTRACTÉES

Rougeole

Varicelle

Oreillons

Rubéole

Scarlatine

Otite (préciser si fréquentes) :

Autres (préciser) :

3/ ÉLÉMENTS CLINIQUES

Manifestations des troubles conduisant à une orientation vers le DITEP :

.....

.....

.....

.....

.....

Autres difficultés éventuelles (retard de développement psychomoteur, retard de langage...) :

.....

.....

.....

.....

.....

4/ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Hospitalisation(s) antérieure(s) : Oui Non

Si oui, motif(s) :

.....

.....

.....

.....

Intervention(s) chirurgicale(s) : Oui Non

Si oui, motif(s) :

.....

.....

.....

.....

Examen(s) médical(-aux) spécifique(s) : Oui Non

Si oui, motif(s) :

.....

.....

.....

.....

Antécédents familiaux particuliers : Oui Non

Si oui, motif(s) :

.....

.....

.....

5/ INFORMATIONS MÉDICALES (requérant une attention particulière)

PATHOLOGIES CHRONIQUES

Allergies : **Oui** **Non**

Si oui, à quoi :

Traitement (nom du spécialiste s'il y a) :

Epilepsie : **Oui** **Non**

Si oui, préciser type, fréquence, si stabilisation (...) :

Traitement (nom du spécialiste s'il y a) :

Asthme : **Oui** **Non**

Si oui, fréquence (intensité) :

Traitement (nom du spécialiste s'il y a) :

Intolérance alimentaire : **Oui** **Non**

Si oui, à quoi :

Traitement (nom du spécialiste s'il y a) :

Autres : **Oui** **Non**

Si oui, préciser :

Traitement (nom du spécialiste s'il y a) :

Au niveau scolaire,

Existe-il un PAI¹ ?

Oui **Non**

Si non, un PAI est-il requis ?

Oui **Non**

INFORMATIONS PARTICULIÈRES

VISION, Port de Lunettes : **Oui** **Non**

Si oui, préciser le motif et quand elles doivent être portées :

AUDITION, troubles repérés : **Oui** **Non**

Si oui, préciser :

SOMMEIL, troubles repérés : **Oui** **Non**

Si oui, préciser :

PROPRETÉ, acquise : **Oui** **Non**

Si non, Enurésie diurne nocturne

Encoprésie diurne nocturne

6/ PRISE EN CHARGE SANITAIRE

Prise en charge sanitaire régulière : Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom du référent ou le professionnel, la durée, la fréquence (...)

- CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique)
- CMP (Centre Médico-Psychologique)
- Orthophonie
- Psychomotricité
- Ergothérapie
- Orthoptiste
- Psychologue
- Pédiopsychiatre
- Autres

7/ PRATIQUE D'ACTIVITÉS

Existe-t-il des contre-indications pour des activités ? Oui Non

Si oui, merci de préciser lesquelles :

8/ PIÈCES À FOURNIR

Merci de nous fournir si existant :

- Un certificat médical d'aptitude à toutes pratiques d'activités physiques et sportives.
- Un exemplaire des ordonnances des traitements en cours :
 - ⇒ Si le traitement est pris au domicile, fournir une photocopie de l'ordonnance
 - ⇒ Si le traitement est pris à l'ITEP, fournir une ordonnance originale à l'attention de l'établissement
- Un exemplaire du PAI.

9/ COMMENTAIRES DU MÉDECIN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Document rempli le

par le Dr

Signature :

Cachet :



DROIT D'HOSPITALISATION

Date de création : Mai 2025	Date de modification :	Date de diffusion : Mai 2025
Rédacteur(s) : Administration	Vérifié par : Direction	Approuvé par : Direction



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 :



• **Autorise le DITEP 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
- 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 4 heures après avoir été informés.

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

Signature :



ALLERGIES ET/OU INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Date de création : Mai 2025

Date de modification :

Date de diffusion : Mai 2025

Rédacteur(s) : Administration

Vérfié par : Direction

Approuvé par : Direction

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 d'administration de traitement

Date de création : Mai 2025	Date de modification :	Date de diffusion : Mai 2025
Rédacteur(s) : Administration	Véifié par : Direction	Approuvé par : Direction

Je soussigné(e)

Représentant légal de

Né(e) le :/...../..... à

Autorise le personnel éducatif à administrer le(s) traitement(s) sur prescription médicale ou défini(s) selon un protocole (PAI ou autre).

- Les parents fournissent la trousse de traitement étiquetée au nom de l'enfant.
- Les parents donnent en main propre la trousse à un professionnel du DITEP (coordonnateur, éducateur...).
- La trousse de traitement contient :
 - Le médicament préparé par les parents (pilulier, flacon...),
 - L'ordonnance à jour fournie par les parents.
- Les parents fournissent les médicaments. Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler avant cette date.
- Les parents s'engagent à informer par écrit (courrier ou mail) le DITEP en cas de changement ou d'arrêt de la prescription médicale.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :



Autorisation parentale

Date de création : Mai 2025	Date de modification :	Date de diffusion : Mai 2025
Rédacteur(s) : Administration	Vérfié par : Direction	Approuvé par : Direction

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 DITEP.

Je soussigné(e)
Représentant légal de

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

Oui

Non

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

Sur certains numéros du journal interne	OUI	NON
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'événements 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.

Je confirme donner mon consentement libre et éclairé.

Fait à _____, le ____/____/_____

Signature :



Autorisation parentale Transports publics

Date de création : Mai 2025	Date de modification :	Date de diffusion : Mai 2025
Rédacteur(s) : Administration	Vérfié par : Direction	Approuvé par : Direction

Madame, Monsieur,

Votre enfant utilise régulièrement et de façon autonome les transports publics (autres que les transports organisés et encadrés par l'établissement).

- Transports Agglomération Niortaise : TANLIB
- Cars régionaux de Nouvelle-Aquitaine
- Trains SNCF
- Taxi

Ces transports lui permettent de se rendre :

- À son école
- À son collègue
- Au DITEP
- À différentes activités ou sur des lieux de loisirs
- Sur son lieu de stage professionnel
- Autres, précisez :

Nous vous demandons de bien vouloir nous renvoyer votre accord écrit et signé le plus rapidement possible. En vous remerciant, recevez, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice adjointe,
Adeline RUP

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

Autorise mon enfant..... à utiliser de façon autonome les transports.

N'autorise pas mon fils, ma fille..... à utiliser les transports.

TANLIB CARS REGIONAUX DE NOUVELLE-AQUITAINE SNCF

Pour se rendre de mon domicile à son école, collègue, à l'ITEP ou aller à des activités stages, loisirs ainsi que pour revenir de ces lieux.

Fait à _____, le ____/____/_____ Signature :



Attestation de remise des outils « LOI 2002-2 »

Date de création : Octobre 2024	Date de modification : Mai 2025	Date de diffusion : Mai 2025
Rédacteur(s) : Bureau des entrées	Vérfié par : Direction	Approuvé par : Qualificienne

Je soussigné(e)

Représentant légal de

Atteste par la présente qu'un exemplaire des documents listés ci-après, m'ont été remis le

- Livret d'accueil
- Règlement de fonctionnement
- La charte des droits et libertés de la personne accompagnée
- La plaquette de présentation du Conseil de la Vie Sociale
- Le contrat de séjour (à signer lors de l'admission)
- L'information sur la consultation du projet d'établissement
(<https://www.itepdelaroussille.fr/file/2024/09/PE-La-Roussille-VF.pdf>)
- La liste des personnes qualifiées
(<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/3333/download?inline>)

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :

Nom, Prénom du jeune :

.....

Recueil des attentes et des besoins du jeune et sa famille

- Dans le tableau ci-dessous, indiquez les apprentissages qui vous semblent nécessaires de travailler avec les professionnels du DITEP.



Exemples : « je souhaite que mon enfant mange de tout », « je souhaite que mon enfant apprenne à demander de l'aide », « je souhaite faire du sport », « je souhaite que mon enfant respect les autres (pas d'insulte) »... Certaines cases du tableau peuvent rester vide.

- Merci de **ramener ce document au second rendez-vous d'admission**. En cas de difficulté ou de questionnement, vous pourrez être aidés par un(e) éducateur/éducatrice du groupe.

Domaine	 <p>moi</p> Attentes et besoins que mon enfant souhaite	 <p>famille</p> Attentes et besoins que je souhaite pour mon enfant	Synthèse des besoins et des attentes (À remplir par le professionnel)
Autonomie - Personnelle. Exemples : se nourrir, se laver, se vêtir... - Sociale. Exemples : maintenir une vie sociale, avoir des liens familiaux, avoir des loisirs et échanges avec l'extérieur, jouer avec les autres...			
Communication Entrer en interaction avec l'autre, comprendre et se faire comprendre			
Activités Sportives, sociales, sensorielles, éducatives, apprentissages			

Tournez la page



Domaine	 Attentes et besoins que mon enfant souhaite	 Attentes et besoins que je souhaite pour mon enfant	Synthèse des besoins et des attentes (À remplir par le professionnel)
Scolaire			
Professionnel			
Déplacements - Motricité globale - Déplacement en autonomie dans l'institution ou à l'extérieur - Transport en commun			
Soins			
Autres demandes			

Date : ____/____/____

Nom de l'éducateur/éducatrice présent au second rendez-vous :

Signature du jeune et de sa famille :