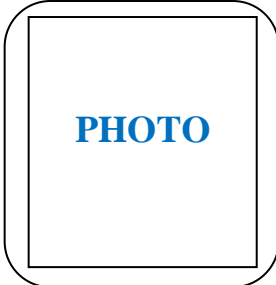




Tel : 05-59-19-18-30

Service de Séjours Adaptés (SSA)
Port : 07-78-95-57-38
Mail : cheval.bleu.secretariat@gmail.com

Copie : 05-59-28-39-25



DOSSIER D'INSCRIPTION

Ce dossier d'inscription est à remplir avec le plus de précision possible ; il permet de connaître les particularités de l'enfant pour les adaptations techniques et pédagogiques nécessaires. Cela nous permet de garantir un accueil et un séjour des plus adaptés à chacun au sein du groupe.

D'autres parts, les éléments inscrits dans les documents tels que projets, bilans,... des établissements ou services accompagnants ou ayant accompagné l'enfant, permettront d'avoir un éclairage professionnel de la situation et une évaluation précise de la situation.

Enfin, le dossier d'inscription ainsi que la fiche sanitaire et les autorisations de soins d'urgence doivent être signés, ceux-ci accompagnées des pièces demandées à la fin de ce dossier.

En vous remerciant.

L'équipe du SSA

DE L'ASSOCIATION CHEVAL BLEU

I- PRESENTATION

- **Renseignements concernant l'enfant accueilli :**

Nom, Prénom(s) de l'enfant :

Date et Lieu de Naissance : **Sexe :**F........M

Nationalité :

Etablissement, Prise en Charge, Classe fréquentée :

Suivi Médical / traitement :

Médecin Référent:.....

Situation Familiale :

Où vit l'enfant ? Chez ses ♦ parents En ♦ famille d'accueil En ♦ établissement spécialisé

Coordonnées : Nom.....

Adresse :

Numéros de téléphone (fixe et portable).....

Personne à contacter si besoin (impératif)

Nom :

Adresse :

Numéros de téléphone :

II- PRISES EN CHARGE ACTUELLES

- Au niveau Scolaire :

Classe fréquentée, adresse, nom de l'instituteur.....
.....
.....

Date de la dernière ESS si ESS.....

- Au niveau Thérapeutique :

Etablissement ou service spécialisé fréquenté :

Adresse :

Numéros de téléphone :

Prise en charge Thérapeutique à l'Arrivée (Adresse, Nom, coordonnées Tel des médecins et intervenants (psychomotricité, orthophonie,.../))

Nom : Fonction.....

Adresse :

Numéros de téléphone :

Nom : Fonction.....

Adresse :

Numéros de téléphone :

Nom : Fonction.....

Adresse :

Numéros de téléphone :

- Autres (Sports, Loisirs) :

.....
.....

Adresse :

Numéros de téléphone :

.....
.....

Adresse :

Numéros de téléphone :



- **Renseignements concernant les transports :**

Qui amène l'enfant ?

Nom :

Numéros de téléphone :

Qui vient le chercher ?

Nom :

Numéros de téléphone :

Si Taxi, nom, adresse et coordonnées de la compagnie de Taxi :

Nom :

Adresse :

Numéros de téléphone :

- **Renseignements concernant l'Aide Sociale à l'Enfance si concerné :**

Travailleur Social Référent :

MSD :

Coordonnées :

Téléphone Direct (joignable 24h/24 ; 7J/7) :

Inspecteur ASE Référent :

Mesure Administrative en date du

Validé par l'Inspecteur ASE

OU

Mesure Judiciaire/Ordonnance en date du :

Prise par le Juge des Enfants:

Tribunal de:



III-. MOTIVATIONS, OBJECTIFS ayant déclenché la demande.

Les enfants accueillis au SSA ayant des profils différents mais en commun des difficultés multiples pouvant se situer dans le secteur du soin, du médico-social et du social, nous souhaitons connaître l'objectif général qui amène le partenaire à faire appel au SSA (situation actuelle de l'enfant, de son projet, d'un point de vue global, éducatif, pédagogique, thérapeutique, familial, placement familial,)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **Renseignements concernant la personne déclenchant la demande :**

Nom et qualité de la personne déclenchant la demande :

.....

.....

Tel: Adresse :

.....

Mail :

- **Mesure administrative en date du :**
Validée par l'Inspecteur ASE :

- **Mesure Judiciaire /Ordonnance en date du :**
Prise par le Juge des Enfants :

Date de début de prise en charge demandée



IV- . HABITUDES DE VIE DE L'ENFANT (n'hésitez pas à compléter sur papier libre si besoin, à nous transmettre bilan d'évaluation, synthèse précédente)

Avez-vous des remarques à faire sur son comportement alimentaire ?

.....

.....

Avez-vous des remarques à propos du coucher ?.....

.....

.....

L'enfant rencontre-t-il des difficultés particulières dans son quotidien ? (Si besoin, compléter sur papier libre)

.....

.....

.....

PROPRETE-HYGIENE-TOILETTE. <i>Cochez la case correspondante.</i>	Oui, de façon autonome	Partiellement seul(e) (besoin d'un accompagnent ciblé + surveillance)	Non (besoin d'un accompagnement total)
Fait sa toilette ?			
S'habille ?			
Change ses vêtements/sous vêtements ?			
Reconnaît ses vêtements, ses affaires ?			
Se chausse ?			
Va au WC ?			

- Est énurétique le jour ? Oui Non
- Est encoprétique le jour ? Oui Non
- A peur de la douche ? Oui Non
- Est énurétique la nuit : Oui Non
- Est encoprétique la nuit : Oui Non

Concernant les jeunes filles : est-elle réglée ? Oui Non

- Si oui, utilise-t-elle : Des tampons ? Des serviettes ? Seule ? Avec aide ?

REPAS - ALIMENTATION.	Oui, de façon autonome	Partiellement seul(e) (besoin d'un accompagnent ciblé + surveillance)	Non (besoin d'un accompagnement total)
Mange ?			
Boit ?			
Gère seul les quantités ?			

Suit-il un régime ? (Si oui, joindre ordonnance précisant la teneur du régime) Oui Non

Allergie alimentaire ? (Si oui, joindre ordonnance précisant l'allergie et les aménagements à suivre) Oui
 Non

Précisions :



Autorisations

Je soussigné,

Nom

Prénom

Père mère détenteur de l'Autorité Parentale de l'enfant ci-dessus désigné

Autorise l'accueil et l'accompagnement de l'enfant (Prénom et nom)

.....au sein du *SSA de l'Association CHEVAL BLEU*.

Autorise les responsables du SSA de l'Association CHEVAL BLEU à faire pratiquer en cas d'urgence, toute intervention thérapeutique ou chirurgicale nécessaire, y compris l'anesthésie qui serait décidée par un médecin. Il autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de la personne.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques éventuels.

J'autorise l'enfant à participer aux activités organisées, à voyager en voiture individuelle (si besoin) et par moyen de transport collectif, à se baigner, à coucher sous la tente, à participer aux activités et séjours exceptionnels hors département.

J'autorise le *SSA de l'Association CHEVAL BLEU* à reproduire librement et gratuitement les photographies de l'enfant dans ses différentes publications (Plaquette d'informations, rapport d'activités, article presse, carnet de bord, site,...) dans le cadre exclusif des activités et représentations du service.

J'ai lu et accepte les conditions générales du séjour.

Fait à..... le.....

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir bien pris connaissance et des conditions générales du séjour.

Signature des parents ou représentants légaux (signature par Internet impossible) :

[Joindre obligatoirement à ce document :](#)

- La fiche sanitaire de liaison remplie intégralement.
- La feuille de Soins d'Urgence complétée et signée
- Les bilans, synthèse et autres document éducatifs traduisant son parcours et le travail entamé.
- Copie de l'attestation d'assuré social ou carte vitale pour les enfants qui en ont une nominative.
- Copie de la carte de mutuelle.
- 2 photos d'identité.
- Attestation de responsabilité civile.
- Certificat médical pour la pratique d'activités équestres, physiques et sportives et attestation de capacité à la pratique d'activités aquatiques. Le cas échéant, le certificat du Médecin Psychiatre appuyant la demande.
- Si l'enfant prend des médicaments, joindre l'ordonnance et le(s) semainier(s) préparés correspondant(s).
- Si l'enfant doit poursuivre une prise en charge thérapeutique (psychiatre, psychologue, orthophonie, psychomotricité,...) Merci de nous indiquer leur coordonnées et/ou de joindre un courrier de leur part à transmettre au nouveau professionnel qui prendra le relais.
- Si l'enfant doit suivre une scolarité, merci de nous transmettre les éléments nécessaires

