



DOSSIER CANDIDATURE – 2025

DISPOSITIF DE REPIT

Date de création : sept 2023	Date de modification : Oct 2024	Date de diffusion : Oct 2024
Rédacteur(s) : Bureau Des entrées	Vérifié par : Direction	Approuvé par : Qualificienne

Nom/Prénom de l'enfant :

Pièces à joindre au dossier

DESCRIPTIF	Pièce remise
Notification de la MDPH (merci de vérifier la validité du coument)	
Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale sur laquelle figure votre enfant – OBLIGATOIRE (merci de vérifier la validité du document)	
Photocopie de la carte de votre mutuelle complémentaire – OBLIGATOIRE (Merci de vérifier la validité du document)	
Attestation responsabilité civile de l'année en cours - OBLIGATOIRE	
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	

Merci de transmettre les pièces justificatives en format PDF

VOLET « ADMINISTRATIF »

NOM de L'ENFANT _____ **PRENOM** _____

Né(e) le : /...../..... à _____

Lieu de résidence actuellement :

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

Adresse du lieu de résidence :

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : | _____ |

NOM et PRENOM DU PERE : _____

Né le : /...../..... à _____

Adresse : _____

Code postal | _____ | Ville _____

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 A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'USAGER

NOM _____

PRENOM _____

LIEN AVEC L'ENFANT _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL |_____| VILLE _____

N° Tél. fixe |__|__|__|__|__| N° Tél. port. |__|__|__|__|__|

A appeler en cas d'urgence

Autorisé(e) à prendre l'enfant

MESURE DE PROTECTION et/ou MESURE EDUCATIVE

	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'USAGER

(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 Ecole ULIS Collège ULIS Lycée

Autres, à préciser : _____

Etablissement 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.**

I°- 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, etc...) :							

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, etc...) :				

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, etc...) :		

Si l'enfant suit un régime alimentaire, veuillez nous adresser le protocole.

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,etc...)	<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, etc...)	
--	--

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-il 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, etc...)		
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 CAPACITES 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 etc...) :		

4° - LES ACTIVITES 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, etc...).

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, dessine, 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)**

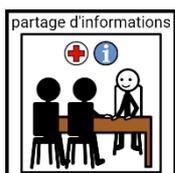


La Loi de Modernisation du Système de Santé du 27 janvier 2016, et les décrets du 20 juillet 2016 (décret 2016-994, et décret 2016-996), posent le cadre du **partage d'informations** entre les professionnels de santé et les professionnels du champ social et médico-social (repris dans L1110-4 du Code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

Ainsi, un professionnel du dispositif REPIT **peut** partager une information concernant le jeune qu'il accompagne avec un autre professionnel, **s'il l'estime nécessaire**.

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 REPIT (signature du présent document sur l'autorisation pour le partage d'informations), et entre les professionnels du dispositif REPIT 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 de l'IME
- 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 REPIT si les professionnels ne sont pas autorisés à partager les informations nécessaires à l'accompagnement. **Cela pourrait remettre en cause son accompagnement.**



PÔLE DOMICILE
16-17-78-88
Service de nuit
Service de jour



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 REPIT : 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 qu'**à tout moment j'ai le droit de m'opposer à la transmission d'informations** tel 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 qu'il peut y avoir **des conséquences sur la qualité de l'accompagnement** proposé par le dispositif REPIT 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 REPIT :

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 intervenants suivants** :

- MDPH :
- ETABLISSEMENT SCOLAIRE / ENSEIGNANT RÉFÉRENT :
- HOPITAL / CMP / CMPP / PROFESSIONNEL IBÉRAL :
- AIDE SOCIALE A L'ENFANCE / ASSISTANT SOCIAL DE SECTEUR :
- AUTRES :

➔ Je suis informé qu'**à tout moment j'ai le droit de m'opposer à la transmission d'informations** tel 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 qu'il peut y avoir **des conséquences sur la qualité de l'accompagnement** proposé par l'IME 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 MEDICAL



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, etc...)
Kinésithérapeute				
Infirmier				
Autres :				

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

Tournez la page



Antécédent médicaux et chirurgicaux pouvant avoir un impact dans l'accompagnement :

.....
.....
.....



Traitements : (merci de joindre la **dernière ordonnance**)

.....
.....

Observations : (merci de noter ci-dessous toutes informations médicales que vous jugerez utiles)

.....
.....
.....
.....



Date : / /

Signature :

Cadre réservé à l'infirmierie :

DROIT D'HOSPITALISATION

(Ces autorisations sont valables seulement sur le temps du dispositif REPIT)

Date de création : Sept 2023	Date de modification : Sept 2023	Date de diffusion : Sept 2023
Rédacteur(s) : Bureau des entrées	Vérifié par : Direction	Approuvé par : Qualitéenne



Je soussigné(e) :

- Père
- Mère
- Tuteur légal

Responsable légal de (nom et prénom de l'enfant) :

Demeurant à :

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :



- **Autorise le dispositif de REPIT 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 :**
 - A l'hôpital
 - A 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

Date : / /

Signature :



ALLERGIES ET/OU INTOLERANCES ALIMENTAIRES

(Ces autorisations sont valables seulement sur le temps du dispositif REPIT)

Date de création : Sept 2023	Date de modification : Sept 2023	Date de diffusion : Sept 2023
Rédacteur(s) : Bureau des entrées	Vérfié par : Direction	Approuvé par : Qualificienne

Je soussigné (NOM/Prénom du représentant légal)

Certifie que mon enfant (NOM – PRENOM 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) l'allergie ou 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 REPIT)

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

DROIT A L'IMAGE

- Oui, j'accepte que mon enfant soit photographié / filmé dans le cadre de son accueil au sein du Dispositif de Répit
- Non, je n'accepte pas que mon enfant soit photographié / filmé dans le cadre de son accueil au sein du Dispositif de Répit

Date :

Nom, prénom du jeune :

Nom, Prénom du responsable légal :

Règlement de fonctionnement

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

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'IME LE LOGIS DE VILLAINE – 79400 AZAY-LE-BRÛLÉ, 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'IME LE LOGIS DE VILLAINE – 79400 AZAY-LE-BRÛLÉ, 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 A 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 PAQUES, DE La TOUSSAINTS :

Les jeunes sont accueillis à l'IME LE LOGIS DE VILLAINE 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'IME LE LOGIS DE VILLAINE en internat.

La 1^{ère} 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 arrivé 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 Virginie AGRICOLE : 07 87 17 09 10

Mme Marie LECORNE : 07 89 33 55 91

- ❖ **L'ACCOMPAGNEMENT :** Les activités proposées sont principalement tournées vers le loisir et la détente.
- ❖ **LA DUREE 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 MEDICAMENTS :** 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 INADAPTE 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.