



PLACE DE REPIT à l'EEAP KERLAOUEN

DOSSIER DE SAISINE

EN CAS DE RENOUVELLEMENT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Photo à insérer



Dossier à transmettre :

- par mail à
repit.kerlaouen@donbosco.asso.fr
- ou par courrier à :
EEAP/IME KERLAOUEN
21 rue Saint-Ernel
29800 LANDERNEAU

DATES SOLLICITEES

Rappel : la place de répit est ouverte les weekend, jours fériés et la moitié des vacances scolaires, soit 155 jours dans l'année (calendrier en page suivante)

Afin de répondre au mieux aux différentes demandes, nous vous recommandons de demander plusieurs dates (par ordre de priorité) :

Séjour (priorité 1) : du au

Séjour (priorité 2) : du au

Séjour (priorité 3) : du au

Séjour (priorité 4) : du au

Séjour (priorité 5) : du au

CALENDRIER D'OUVERTURE de novembre 2025 à juin 2026

(jours en rose)

sept-26	oct-26	nov-26	déc-26	janv-27	févr-27	mars-27	avr-27	mai-27	juin-27
		Dimanche 1	49	vendredi 1	lundi 1	Lundi 1	Jeudi 13	Samedi 1	Mardi 22
36				samedi 2	mardi 5	Mardi 9	Vendredi 2	Dimanche 2	Mercredi 2
	Samedi 3	45		dimanche 3	mercredi 3	Mercredi 3	Samedi 3	Lundi 3	Jeudi 3
	Dimanche 4			lundi 4	jeudi 4	Jeudi 4	Dimanche 4	Mardi 18	Vendredi 4
Samedi 5			Samedi 5	mardi 1	vendredi 5	Vendredi 5	Lundi 5	Mercredi 5	Samedi 5
Dimanche 6	41		Dimanche 6	mercredi 6	samedi 6	Samedi 6	Mardi 14	Jeudi 6	Dimanche 6
				jeudi 7	dimanche 7	Dimanche 7	Mercredi 7	Vendredi 7	Lundi 7
		Samedi 7	50	vendredi 8	lundi 8	Lundi 8	Jeudi 8	Samedi 8	Mardi 23
37		Dimanche 8		samedi 9	mardi 6	Mardi 10	Vendredi 9	Dimanche 9	Mercredi 9
	Samedi 10	46		dimanche 10	mercredi 10	Mercredi 10	Samedi 10	Lundi 10	Jeudi 10
	Dimanche 11	Mercredi 11		lundi 11	jeudi 11	Jeudi 11	Dimanche 11	Mardi 19	Vendredi 11
Samedi 12			Samedi 12	mardi 2	vendredi 12	Vendredi 12	Lundi 12	Mercredi 12	Samedi 12
Dimanche 13	42		Dimanche 13	mercredi 13	samedi 13	Samedi 13	Mardi 15	Jeudi 13	Dimanche 13
		Samedi 14		jeudi 14	dimanche 14	Dimanche 14	Mercredi 14	Vendredi 14	Lundi 14
38		Dimanche 15	51	vendredi 15	lundi 15	Lundi 15	Jeudi 15	Samedi 15	Mardi 24
				samedi 16	mardi 7	Mardi 11	Vendredi 16	Dimanche 16	Mercredi 16
	Samedi 17	47		dimanche 17	mercredi 17	Mercredi 17	Samedi 17	Lundi 17	Jeudi 17
	Dimanche 18			lundi 18	jeudi 18	Jeudi 18	Dimanche 18	Mardi 18	Vendredi 18
Samedi 19			Samedi 19	mardi 3	vendredi 19	Vendredi 19	Lundi 19	Mercredi 19	Samedi 19
Dimanche 20	43		Dimanche 20	mercredi 20	samedi 20	Samedi 20	Mardi 16	Jeudi 20	Dimanche 20
		Samedi 21		jeudi 21	dimanche 21	Dimanche 21	Mercredi 21	Vendredi 21	Lundi 21
39		Dimanche 22	52	vendredi 22	lundi 8	Lundi 22	Jeudi 22	Samedi 22	Mardi 25
				samedi 23	mardi 23	Mardi 12	Vendredi 23	Dimanche 23	Mercredi 23
	Samedi 24		Jeudi 24	dimanche 24	mercredi 24	Mercredi 24	Samedi 24	Lundi 24	Jeudi 24
	Dimanche 25	48	Vendredi 25	lundi 25	jeudi 25	Jeudi 25	Dimanche 25	Mardi 21	Vendredi 25
Samedi 26	Lundi 26		Samedi 26	mardi 4	vendredi 26	Vendredi 26	Lundi 26	Mercredi 24	Samedi 26
Dimanche 27	Mardi 27		Dimanche 27	mercredi 27	samedi 27	Samedi 27	Mardi 17	Jeudi 27	Dimanche 27
		Samedi 28	Lundi 28	jeudi 28	dimanche 28	Dimanche 28	Mercredi 28	Vendredi 28	Lundi 28
40	Jeudi 29	Dimanche 29	Mardi 29	vendredi 29		Lundi 29	Jeudi 29	Samedi 29	Mardi 26
	Vendredi 30		Mercredi 30	samedi 30		Mardi 30	Vendredi 30	Dimanche 30	Mercredi 30
	Samedi 31		Jeudi 31	dimanche 31		Mercredi 31		Lundi 31	

Dates du dernier séjour de répit de votre enfant à Kerlaouen :

du/...../..... au/...../.....

CHANGEMENTS DEPUIS LE DERNIER SEJOUR DE REPIT A KERLAOUEEN

- Administratifs : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :
.....
.....

- Médical (hospitalisation, traitement...) : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :
.....
.....

- Habitudes alimentaires : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :
.....
.....

- Sommeil et repos : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :
.....
.....

- Hygiène corporelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :
.....

- Habillage / déshabillage : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :
.....

- Appareillages : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

.....

.....

- Mobilités et déplacements : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

.....

.....

- Comportement : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

.....

.....

- Communication : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

.....

.....

- Appareillages : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

.....

.....

- Rythme : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

.....

.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Lien avec la personne concernée par la demande :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, cette personne rejoindra l'enfant à l'hôpital.

La personne à contacter en cas d'hospitalisation est la même personne que
cella à contacter en cas d'urgence: ☐ Oui ☐ Non

A compléter uniquement si c'est une personne différente :

Nom : Prénom :

Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone personnel :

Téléphone domicile :

Courriel :

Lien avec la personne concernée par la demande :

- Autres changements :.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LIEUX DE REPIT

- Le jeune a bénéficié de temps de répit **dans les 6 derniers mois** :

☐ oui ☐ non

Si oui, indiquer le lieu et les dates :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

- Le jeune va bénéficier de temps de répit **dans les 6 prochains mois** :

☐ oui ☐ non

Si oui, indiquer le lieu et les dates :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous d'autres éléments à nous transmettre :

.....

.....

AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme et/ou M.

Agissant en qualité de responsable légal en tant que :

☐ parent

☐ tuteur, représentant –habilitation familiale-, autre

De : NOM (du jeune) Prénom

né.e le/...../.....

DROIT A L'IMAGE

Autorise l'utilisation des photos, pour un usage :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Interne (porte-manteau, tableau d'accueil...) | ☐ oui | ☐ non |
| • Photo groupe | ☐ oui | ☐ non |
| • photo individuelle | ☐ oui | ☐ non |
| • pilulier (médicaments) | ☐ oui | ☐ non |
| • IMAGO (logiciel usager sécurisé) | ☐ oui | ☐ non |
| • Associatif (dont internet) | ☐ oui | ☐ non |
| • Presse/internet | ☐ oui | ☐ non |

Fait à, le/...../.....

Signature

TRANSPORTS

Autorisez-vous le transport de votre enfant, dans les véhicules de l'établissement, en lien avec des activités extérieures ?

OUI ☐ NON ☐

Rappel : l'appui-tête est obligatoire pour le transport.

Fait à , le /...../.....

Signature

PARTENAIRES EXTERIEURS

En lien avec son projet, nous autorisez-vous à contacter les partenaires intervenant auprès de votre enfant et à partager des informations avec eux ?

OUI ☐ NON ☐

Fait à , le /...../.....

Signature

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICO-CHIRURGICALE

- Autorise la pratique de soins et d'intervention médico-chirurgicale, pour la période de séjour de répit.
- Autorise le Médecin de l'établissement à procéder aux différents examens et consultations médicales nécessaires dans le cadre de la prise en charge thérapeutique.
- En cas d'urgence, autorise le transfert à l'hôpital et le Médecin à prendre toute disposition nécessaire à l'intérêt de mon enfant/personne que je représente (examens, anesthésie générale, intervention chirurgicale)

☐ OUI

☐ NON

Il est noté qu'en « cas d'urgence » la famille est aussitôt informée, si elle est joignable, par le Médecin, en son absence par le Directeur ou son représentant.

Rappelons enfin que la loi indique que lorsque la santé ou l'intégralité corporelle d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le Médecin Responsable peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins s'imposant.

« Pour faire et valoir ce que de droit »

Fait à , le /...../.....

Signature

DOCUMENTS A FOURNIR A LA DEMANDE

- Copie de l'**attestation de sécurité sociale** en cours de validité (si cella fournie lors du dernier séjour est périmée). Merci de contrôler que la date d'échéance de l'ALD y est indiquée.
- Copie de l'**attestation de mutuelle** (si cella fournie lors du dernier séjour est périmée).
- Copie de l'**attestation d'assurance responsabilité civile** (si cella fournie lors du dernier séjour est périmée). Merci de contrôler qu'elle garantit bien les dommages causés aux tiers
- **Prescriptions médicales à jour**
- **Prescriptions de contention à jour** (si concerné)
- Copie du **carnet de vaccination** (si nouveaux vaccins depuis le dernier séjour)

Le jour de l'arrivée, le jeune doit arriver avec :

- ses boîtes de traitements
- les prescriptions médicales en cours
- les prescriptions médicales spécifiques, par exemple s'il y a des contentions (barrières au lit, sangle de maintien, casque...)
- son appareillage médical
- ses repas en cas de régime spécifique (ex : régime cétogène)
- Un sac avec ses vêtements et affaires personnelles