

Objet : Admission Séjour de rupture en Aveyron

Madame, Monsieur,

Vous trouverez dans ce dossier les documents à nous renvoyer en vue d'une Admission en Séjour de Rupture en Aveyron pour l'adolescent·e :

Nous vous rappelons que nos séjours sont construits dans le but d'apporter une réponse éducative à l'adolescent en crise, mais que nous n'avons pas la compétence pour gérer des personnalités présentant des troubles graves du comportement, des conduites addictives, ou soumises à des traitements médicamenteux lourds.

Si cela était le cas, nous vous invitons à prendre contact préalablement avec nos services, afin d'exposer précisément les difficultés spécifiques du jeune.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleures salutations.

**Le Directeur,
Patrice ENCINAS**



DOSSIER D'ADMISSION

(Dossier complet à nous remettre 15 jours avant l'arrivée de l'adolescent)

- La Fiche de départ.
- 6 photos d'identité.
- Les Autorisations d'intervention chirurgicale, parentales et de droit à l'image.
- La fiche de renseignements et la dernière note de situation.
- La convention financière signée.
- Le contrat de séjour signées par les différentes parties (parents, adolescent, service).
- Le carnet de santé (à jour des vaccinations) et a carte du groupe sanguin (si possible).
- La copie de la carte : Couverture Maladie Universelle ou S.Sociale + mutuelle
- Le certificat médical d'aptitude à la pratique sportive et le bilan dentaire.
- La fiche sanitaire.
- Vérifier l'absence de déclaration de fugue en cours (afin d'éviter un refus d'embarquement).
- Livret de famille
- Attestation de prise en charge autorisant le Conseil Départemental à confier l'adolescent à Second Souffle en précisant les dates.

FICHE DE DEPART

SÉJOUR DE 3 MOIS renouvelable

Départ le : _____ à _____	Retour le : _____ à _____
Aéroport de : _____	Gare ou aéroport de : _____
Accompagné par : _____	Accompagné par : _____
Voyage seul : _____	Voyage seul : _____
	Prévoir l'accueil de l'adolescent à son arrivée.

Renseignements concernant le passeport :

- Numéro du passeport :
- Date de de délivrance :
- Date d'expiration :
- Noms et prénoms qui apparaissent réellement sur le passeport :
- Scan du passeport (pour constitution valise diplomatique).

Comme prévu dans notre projet d'établissement validé par le financeur, les transports aller et retour sont à la charge de second Souffle.

FICHE AUTORISATIONS

AUTORISATION D'OPERER

Je soussigné(e).....

autorise la mise en œuvre de traitements ou interventions chirurgicales d'urgence, reconnus nécessaires par le médecin pour ce qui concerne le (la) jeune :

Fait à..... le.....

Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) - Père – Mère – Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

.....

autorise l'enfant :

à s'inscrire au séjour :

qui se déroulera du

Fait à..... le.....

Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

DROIT A L'IMAGE

Autorisation parentale

Nous soussigné (noms prénoms).....

Adresse :

Autorisons l'association Second Souffle à filmer et photographier notre enfant :

Prénommé :

et de publier, et ou diffuser sur tous supports nécessaires à l'association : Site internet, Programme des séjours, diaporama ou film de présentation des séjours...

La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, sa vie privée et à sa réputation.

Fait à..... le.....

Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

CANDIDATURE D'ACCUEIL SECOND SOUFFLE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Merci de remplir ce document le plus précisément possible. Il nous est utile pour comprendre la situation de l'adolescent. Il est un outil indispensable à l'équipe éducative.

 AP depuis :

 OPP depuis :

● **ACCUEIL DEMANDE :**

● **ADOLESCENT :** Nom, prénom :

~ Date de naissance :

Lieu de naissance :

~ Nationalité :

~ Passeport valide : oui non Date et Pays de délivrance :

~ Adresse actuelle :

Père	Mère
Nom Prénom : Adresse :	Nom Prénom : Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Fratrie :	
Famille recomposée	Personnes ressources
• • •	• • •

● **PARENTS :**

~ Situation des parents :

~ Autorité parentale :

● **SERVICE DEMANDEUR :**

~ Adresse :

~ Téléphone / Fax :

Fax :

~ Mail :

● **REFERENT ASE :** Mme, Mr.

~ Adresse :

~ Téléphone / Fax :

Fax :

~ Mail :

● **INSPECTEUR ASE :** Mme, Mr.

~ Adresse :

~ Téléphone :

CANDIDATURE D'ACCUEIL SECOND SOUFFLE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

● PARCOURS ASE et MESURES :	● PARCOURS INSTITUTIONNEL :
<i>Historique de la prise en charge ASE.</i>	<i>Etablissements, lieux de vie, familles d'accueils. Noms, dates, lieux.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • •

● PARCOURS SCOLAIRE :	● ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES :
<i>Etablissements scolaires fréquentés. Dernière classe fréquentée. Déscolarisé depuis :</i>	<i>Préciser s'il s'agit de faits : de violence, de dégradations, de racket, de vente et consommation de produits illicites, d'ordre sexuel.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • •

● SUIVI SANITAIRE :
<i>besoins spécifiques :</i>
<i>hospitalisations récentes:</i>
<i>suivi psychologique :</i>

● RESUMÉ SUCCINT DE L'HISTOIRE DE L'ADOLESCENT :

● PROBLÉMATIQUE DE L'ADOLESCENT :**● PROBLÉMATIQUE FAMILIALE :****● POURQUOI UN SÉJOUR DE RUPTURE :**



CONVENTION - Séjour de rupture en Aveyron SECOND SOUFFLE

Entre les soussignés d'une part :

AIDE SOCIALE A L'ENFANCE DE :

Représentant le/la jeune : né(e) le

Et, d'autre part : L'association **SECOND SOUFFLE - Grande Rue - 46 140 Albas**

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 – OBJET

L'association SECOND SOUFFLE s'engage à recevoir, avec l'autorisation de l'aide sociale à l'enfance de l'Essonne N° 006-04439 du 07/12/06, des jeunes mineurs de 12 à 18 ans et des jeunes majeurs jusqu'à 21 ans dans le cadre de la Protection de l'Enfance.

Article 2 - PRIX DE JOURNEE

Prix de journée, par enfant : **TROIS CENT CINQ EUROS (305 €)**.

Sous réserve de modification par notre Conseil d'Administration.

Article 3 – ACCUEIL

Le prix indiqué à l'article 2 comprend, par séjour dit : **Séjour de rupture en Aveyron**.

L'hébergement en pension complète (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner) l'encadrement spécialisé avec éducateurs et techniciens, la mise à disposition du matériel éducatif, le carnet de route, l'équipement spécifique à l'activité et le matériel adapté à la pratique de la randonnée et des chantiers.

La durée du séjour est de **3 mois**.

Article 4 – ADMISSION

Le dossier d'admission sera remis au plus tard 15 jours avant l'arrivée de l'adolescent afin de permettre à l'équipe éducative de préparer son accueil et son départ.

L'attestation de prise en charge, avec l'accord de l'inspecteur ou du directeur devra nous être adressée avec le dossier d'admission. Une rencontre avec l'équipe de direction de Second Souffle et le jeune est prévue avant l'admission soit dans nos bureaux à Albas soit par visioconférence.

Article 5 – CONDITION DE RESERVATION

L'admission sera effective à réception de l'attestation de prise en charge financière signée par l'Inspecteur ASE ou le directeur d'Etablissement au plus tôt et au plus tard 15 jours avant l'accueil de l'adolescent.

L'accueil en séjour est recevable après la constitution du dossier complet. Si pour des raisons indépendantes de notre volonté, le jeune initialement inscrit et dont le dossier est complet ne se présentait pas au départ, l'équivalent de 5 journées sera facturé pour couvrir les frais engagés.

Article 6 – CLAUSES D'ANNULATION

Si le jeune se met en danger ou met le groupe en danger, l'équipe de direction se réserve le droit de le rapatrier vers son lieu de résidence, en accord avec le service placeur. **En cas de rapatriement avant la fin du séjour le nombre de jours réellement effectués sera facturé jusqu'au retour de l'adolescent en France.**

Albas, le

Le Directeur de Second Souffle

L'inspecteur ou le Directeur



CONTRAT DE SEJOUR - Séjour de rupture en Aveyron SECOND SOUFFLE

En vertu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale,
En vertu de l'article L311-4 du code de l'Action Sociale et des Familles,
Étaient présents lors de l'élaboration du présent Document Individuel de prise en charge.

Conditions d'élaboration :

Ce contrat de séjour est établi et remis à la personne bénéficiaire lors de son admission. La participation du service demandeur est requise. L'avis du mineur est recueilli

Avis : _____

Il est convenu entre Monsieur **Patrice ENCINAS**, Directeur, agissant par délégation de pouvoir du conseil d'Administration de l'association Second Souffle, Et d'autre part :

Nom du service placeur et de son représentant :

Nom de la personne bénéficiaire :

Art-1: Admission

L'admission est prononcée par Monsieur Patrice Encinas, Directeur, mandaté par l'organisme gestionnaire après :

- Avoir été sollicité par l'Aide Sociale à l' Enfance
- Avoir étudié la note de situation du jeune réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de l'A.S.E.
- Qu'un représentant de l'A.S.E. chargé de mission des lieux de vie ait rencontré le jeune sa famille et l'éducateur référent de l'enfant pour présenter les missions éducatives de notre séjour de rupture au Maroc.
- Examen du dossier administratif, avoir entre 13 et 21 ans
- Examen des dossiers médicaux.
- Avoir signé la convention et valider l'attestation de prise en charge financière.

Art-2 : Durée

Le séjour de rupture a une durée de **3 mois renouvelables**.

Le présent contrat de séjour prend effet à compter : **du**.....

Et sera valable jusqu'à la fin de la prise en charge : **le**.....

séjour proposé : **Séjour de rupture en Aveyron.**

La résiliation du présent document mettra fin à la prise en charge et pourra intervenir pour les raisons suivantes :
Inadaptation de l'état du bénéficiaire aux moyens dont dispose l'association, impossibilité pour le bénéficiaire de respecter les règles de vie collective, mise en danger de sa propre vie ou de la vie d'autrui.
Non respect de manière répétée des disposition du règlement de fonctionnement.
Problématique de l'adolescent incompatible avec le projet de service détecté lors de la phase d'observation.

Art-3 Modification du contrat de séjour

Le présent contrat de séjour peut être modifié` par un accord commun des personnes ayant participé à son élaboration.
Un nouveau contrat de séjour sera élaboré dans les mêmes conditions que le document initial.

Art-4 Modalité de reprise de la prise en charge en cas d'interruption ou suspension de celle-ci.

S'il y a interruption de la prise en charge due à un événement indépendant de la volonté du bénéficiaire, celui-ci réintègrera le séjour auquel il participait dans les limites des dates de validité du contrat de séjour. Si l'interruption est liée à des convenances personnelles cela entraîne la résiliation du document individuel de prise en charge et dans ce cas aucune réintégration ne pourra être envisagée.

Art-5 Description des conditions de séjour et d'accueil

Vous trouverez dans le dossier d'admission toutes les formalités à remplir, les dates et lieux des séjours, leur programme, les temps de rencontre individuels et collectifs avant et après chaque séjour.

Vous nous fournirez toutes les données concernant l'arrivée de l'enfant sur son lieu de séjour en indiquant les horaires et le moyen de transport en précisant le type d'accompagnement. Pour le retour les mêmes conditions sont requises en nous indiquant le lieu le service où doit se rendre le jeune.

Art-6 Les objectifs de la prise en charge

Inscrire le jeune dans une dynamique spécifique permettant de relier une situation de crise vers une perspective d'apaisement personnel. Permettre un socialisation avec le collectif de groupe. Proposer des médiations éducatives structurées et valorisantes (chantiers, randonnées).

Accompagner le jeune au maillage des liens existants entre lui et sa famille.

Dans le cadre des séjours longs l'accent sera mis sur la réconciliation du jeune avec les arcanes de la scolarité et de la formation professionnelle.

Art-7 Prestations proposées

Le service conçoit et met en oeuvre pour chacun des bénéficiaires un programme et projet personnalisé. L'enfant l'adolescent y est associé.

Le service est en mesure de proposer en fonction des séjours les prestations ci-après :

- Transport Voiture
- Suivi Médical Suivi Educatif
- Accompagnement Spécialisée
- Activités (VTT, Randonnée montagne ...)

L'encadrement est assuré par des brevets d'état liés aux activités spécifiques, des éducateurs diplômés, des stagiaires d'école, une psychologue, des vacataires.

Art-8 Coût et Financement de la prise en charge

Le prix de journée est de **305 € sous réserve de modification fixé par notre conseil d'administration.**

Les différentes prestations sont prises en charge par l'association Second Souffle.

Art-9 conditions particulières

Fait à : Albas (46140)

Le :

Le Directeur de Second Souffle

Mr Patrice ENCINAS.

L'inspectrice ou l'inspecteur

Tapez pour saisir le texte



Signature

Les parents ou représentants légaux

Signature

Le jeune

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

N° ADOLESCENT _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

Logo 21 04 08 2000

