

Objet : Admission Accueil-Relais

Madame, Monsieur,

Vous trouverez dans ce dossier les documents à nous renvoyer en vue d'une Admission en Accueil Relais Itinérant 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**  
**Guillaume Ferron**



# DOSSIER D'ADMISSION

**Impératif :**

**attestation de prise en charge financière  
comprenant toute la durée du séjour  
signée par l'Inspecteur ou le Directeur d'Etablissement**

**(Dossier complet à nous remettre le jour de son arrivée)**

- La Fiche Entrée et Sortie.
- Les Autorisations d'intervention chirurgicale d'urgence et autorisations parentales.
- La fiche de renseignements et la dernière note de situation.
- La convention signée.
- Le contrat de séjour signés par les différentes parties (parents, adolescent, service).
- Le carnet de santé (à jour des vaccinations) et la 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.
- La fiche sanitaire.
- L'autorisation de déscolarisation (pour les mois de 16 ans)
- L'attestation de prise en charge financière dûment signée par l'inspecteur ou le directeur
- L'attestation de prise en charge autorisant Second Souffle à accueillir le jeune

## SÉJOUR ACCUEIL RELAIS ITINÉRANT

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

**Renseignements concernant le passeport ou la carte d'identité :**

- Numéro passeport ou de carte d'identité :
- Date de de délivrance :
- Date d'expiration :
- Noms et prénoms qui apparaissent réellement sur le passeport ou la CI :

# FICHE D'ENTRÉE ET DE SORTIE

Comme prévu dans notre projet d'établissement validé par le financeur, les transports aller et retour sont à la charge du service placeur.

## 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 :

Prénomné(e) : .....

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** : France, Ariège

● **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 : Téléphone :	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Fratie :	
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

<b>● PARCOURS ASE et MESURES :</b>	<b>● PARCOURS INSTITUTIONNEL :</b>
<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"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>

<b>● PARCOURS SCOLAIRE :</b>	<b>● ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES :</b>
<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"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>

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

<b>● RESUMÉ SUCCINT DE L'HISTOIRE DE L'ADOLESCENT :</b>

**● PROBLÉMATIQUE DE L'ADOLESCENT :**

**● PROBLÉMATIQUE FAMILIALE :**

**● POURQUOI UN SÉJOUR DE RUPTURE :**



## CONVENTION - Accueil Relais Itinérant 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 - 19 rue de la République - 91540 - Mennecy**

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, dans le cadre de la Protection de l'Enfance.

### Article 2 - PRIX

Forfait journalier, par enfant : **DEUX CENT QUATRE VINGT NEUF EUROS ET QUARANTE SIX CENTIMES (289,46 €)**

*Sous réserve de modification par le Conseil Départemental de l'Essonne.*

### Article 3 – ACCUEIL

Le prix indiqué à l'article 2 comprend, par séjour dit : **Accueil Relais Itinérant**. 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. L'Accueil Relais Itinérant est de type immédiat et sa durée est de deux mois.

### Article 4 – ADMISSION

Le dossier d'admission sera remis au plus tard le jour de l'arrivée de l'adolescent, et si possible 48 heures avant son arrivée afin de permettre à l'équipe éducative de préparer son accueil. 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'éducateur référent et le jeune est prévue lors de l'entretien d'admission.

### 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 le jour de l'accueil de l'adolescent. Si pour des raisons indépendantes de notre volonté, le jeune initialement inscrit et dont le dossier est complet ne se présentait pas au séjour, la totalité de la prestation sera facturée. L'accueil en séjour est recevable après la constitution du dossier complet.

### 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 la totalité de la prestation sera facturée.**

Mennecy, le

**M. Ferron**, directeur de Second Souffle

L'inspecteur ou le Directeur



## CS/contrat de séjour - Accueil Relais Itinérant 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 **M. Guillaume Ferron**, Directeur, agissant par délégation de pouvoir du conseil d'Administration de l'association Second Souffle en date du 1er juin 2021, 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 **Mme Queslin, Permanente Responsable**, mandatée 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 service relais.
- Examen du dossier administratif, avoir entre 12 et 21 ans
- Examen des dossiers médicaux.
- Avoir signé la convention et valider l'attestation de prise en charge financière.

### Art- 2 : Durée

L'Accueil Relais Itinérant est de type immédiat et sa durée est de deux mois.

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 : **Accueil Relais Itinérant.**

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 dispositions 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 même 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.

#### **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 éducatif

- Accompagnement spécialisé

- 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 **289,46 € sous réserve de modification fixée par le Conseil Départemental de l'Essonne.**

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

#### **Art-9 Conditions particulières**

Fait à : Mennecy (91540)

Le :

**Le directeur - Second Souffle**

M. Guillaume Ferron



**L'inspectrice ou l'inspecteur**

Signature obligatoire :

**Les parents ou représentants légaux**

Signature obligatoire :

**Le jeune**

Signature obligatoire :



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ADOLESCENT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

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**

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