

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) :

Nom : Prénom :

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(trice), le Directeur(trice) ASE ou le(la) RUE / DS UEMO /
STEMO PJJ**

(Dossier complet à nous remettre avant l'admission)

- 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).
- Copie du carnet de santé (à jour des vaccinations) et carte de 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, remplie et complète.
- La note manuscrite du jeune concernant son adhésion au séjour.
- 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.

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

SÉJOUR ACCUEIL RELAIS ITINÉRANT	
Arrivée le : Gare ou aéroport de : Accompagné par : Voyage seul :	à Départ le : Gare ou aéroport de : Accompagné par : Voyage seul : Prévoir l'accueil de l'adolescent à son arrivée.



AUTORISATION D'OPERER

Je soussigné(e) :

Mère - Père - Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Mère - Père - Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

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

Nom : Prénom :

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

Fait à le

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Mère - Père - Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Mère - Père - Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

autorise l'enfant :

Nom : Prénom :

à s'inscrire au séjour :

qui se déroulera du :

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

Fait à le



DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Mère - Père - Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Mère - Père - Tuteur Légal (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Adresse :

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

Nom : Prénom :

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.

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

Fait à le



Renseignements complémentaires

Merci de remplir ce document le plus précisément possible. Il nous est utile pour comprendre la situation de l'adolescent(e).

Il est un outil indispensable pour l'équipe éducative.

Lieu de séjour demandé :

Durée demandée :

Adolescent(e) concerné :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Numéro de passeport ou de carte d'identité :

Numéro d'assuré sociale :

Adresse actuelle :

.....

.....

Mère :	Père :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

Situation des parents :

Autorité parentale :

Fratrie :

.....

.....

Référent (ASE / PJJ) :	Service demandeur :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Mail :	Mail :
Téléphone :	Téléphone :
Inspecteur(trice) / Chef(fe) de service :	Numéro d'astreinte en cas d'urgence de nuit ou de week-end :
Nom :	
Prénom :	

Lieu d'accueil au retour du séjour :	Rapatriement : (Lieu d'accueil en cas d'incident nécessitant un rapatriement en urgence dans les 24h)
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Personne à contacter :	Personne à contacter :

Mesures administratives en cours :	Mesures judiciaires en cours :
Nature :	Nature :
Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :
Nature :	Nature :
Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :

Mesures administratives en cours :	Mesures judiciaires en cours :
Nature : Date de début : Date de fin :	Nature : Date de début : Date de fin :

Parcours ASE :	Parcours Institutionnel :
Historique de la prise en charge ASE :	Historique des lieux d'accueil :



Parcours scolaire :	Mesures judiciaires en cours :
Historique des établissements fréquentés :	Nature :

Dernière classe fréquentée :

Périodes de déscolarisation :

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

Date de déscolarisation :

Problématique de l'adolescent(e) :

Problématique familiale :

Pourquoi un séjour de rupture ?

Attentes du service demandeur :

Objectifs concernant le séjour, à court et à long terme :

Objectifs généraux et secondaires travaillés en amont du séjour :

Attentes de la famille :

Attentes de l'adolescent(e) :	Attentes de la structure d'accueil :
	Attentes du lieu d'hébergement, de l'équipe de soin, du service d'accompagnement :

Régime alimentaire :	Alergies alimentaires :

Pratiques culturelles :

.....

.....



Suivi médical :	Suivi psychologique :
Nature, fréquence, modalités du suivi : Besoins spécifiques :	Nature, fréquence, modalités du suivi : Besoins spécifiques :

Suivi psychiatrique :	Traitement :
Coordonnées du médecin psychiatre : Avis du médecin concernant le séjour :	Nature, fréquence, modalités du suivi : Echéance de renouvellement d'ordonnance :

Convention - Accueil Relais Second Souffle - 1/2

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° 2014-ARR-DPPE-0697 du 25/09/2014**, des jeunes mineurs et majeurs de 12 à 21 ans, dans le cadre de la Protection de l'Enfance.

Article 2 - PRIX

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

Sous réserve de modification par le Conseil Départemental de l'Essonne et le Conseil d'Administration de l'association.

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 hors chaussures et sac personnel de l'adolescent(e).

L'Accueil Relais Itinérant est de type immédiat et sa durée est de deux mois / trois mois (**rayé la mention inutile**).

Article 4 – ADMISSION

Le dossier d'admission sera remis au plus tard 48 heures avant l'arrivée de l'adolescent(e) afin de permettre à l'équipe éducative de préparer son accueil.

L'attestation de prise en charge, avec l'accord de l'inspecteur(trice) ou du directeur(trice) 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.

Convention - Accueil Relais Second Souffle - 2/2

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 tard 48h avant 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(trice) ou le Directeur(trice) de l'ASE :



Contrat de séjour - Accueil Relais Second Souffle - 1/4

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 de l'adolescent(e) est recueilli :

Avis :

Il est convenu entre, d'une part : **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 Ferron, Permanente Responsable, mandatée par l'organisme gestionnaire** après :

- Avoir été sollicitée par l'Aide Sociale à l'Enfance / le service PJJ
- Avoir étudiée la note de situation du jeune réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de l'A.S.E.
- Qu'une présentation des missions éducatives de notre service relais aient été faite à l'adolescent(e) et sa famille.
- Examen du dossier administratif.
- Examen des dossiers médicaux.
- Signature de la convention et validation de l'attestation de prise en charge financière.

Contrat de séjour - Accueil Relais Second Souffle - 2/4

Art 2 - DUREE

L'Accueil Relais Itinérant est de type immédiat et sa durée est de deux mois / de trois mois (**rayez la mention inutile**).

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.

La résiliation du présent document mettra fin à l'accompagnement 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 SEJOUR

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

Art 4 - MODALITES DE REPRISE DU SEJOUR EN CAS D'INTERRUPTION OU SUSPENSION

- S'il y a interruption de l'accompagnement, du à un événement indépendant de la volonté du bénéficiaire, celui-ci réintégrera 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 SEJOUR 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

Contrat de séjour - Accueil Relais Second Souffle - 3/4

horaires et le moyen de transport, sans oublier 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 - OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

- Inscrire le jeune dans une dynamique spécifique permettant de relier une situation de crise vers une perspective d'apaisement personnel.
- Permettre, quand cela est possible, une socialisation avec des collectifs diversifiés.
- Proposer des médiations éducatives structurées et valorisantes (chantiers, randonnées).
- Accompagner le jeune au maillage des liens existants entre lui et sa famille, si cela n'est pas défavorable au déroulement de l'accueil.

Art 7 - PRESTATIONS PROPOSEES

Le Lieux de Vie et d'Accueil conçoit et met en oeuvre, pour chacun des bénéficiaires, un programme et un projet personnalisé (PPE), individualisé. L'adolescent(e) y est associé.

Le LVA 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 - COUT ET FINANCEMENT DE L'ACCUEIL

Le prix de journée est de 289,46 € sous réserve de modification fixée par le Conseil Départemental de l'Essonne et le Conseil d'Administration de l'association.

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

Contrat de séjour - Accueil Relais Second Souffle - 4/4


Art-9 Conditions particulières

Fait à : Mennecy (91540)

Le :

M. Ferron, directeur de Second Souffle :

L'inspecteur(trice) ou le Directeur(trice) de l'ASE :



Les parents, responsables légaux :

Le (la) jeune :





MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

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