

	Dossier de demande d'admission et/ou de stage en établissement de l'APAEI de la Côte Fleurie		Date : le 22/01/2024
			Version : 1
			Réf : Q-ORG-DossierAdmissionStage-DOC
Rédaction : V. PHILIPPOT	Approbation : D. LE LIEVRE	Validation : E. LEBOURGEOIS	Page : 1/32



Dossier de demande d'admission et/ou de stage en établissement de l'APAEI de la Côte Fleurie



Votre demande concerne :

- ☐ **Un Stage**
- ☐ **Un Accueil Temporaire dates demandées :**
- ☐ **Un Accueil de Jour**
- ☐ **Un Accueil en Internat**

L'établissement Concerné :

Le Pôle Enfance de Pont l'Évêque DAME (Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif)

- ☐ IME (institut médico-éducatif)
 - ☐ Cycle 1 de 6 à 11 ans
 - ☐ Cycle 2 de 12 à 15 ans
 - ☐ Section ALISEE (polyhandicap) de 3 à 20 ans
 - ☐ Section EOLE (Trouble du spectre autistique ou envahissant du développement) 6 à 15 ans
 - ☐ Section ENVOL (Trouble du spectre autistique ou envahissant du développement) 15 à 20 ans
- ☐ **SIFPro** (Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle) de 15 à 20 ans
 - ☐ Avec internat
 - ☐ En externat
- ☐ SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)
- ☐ CAFS (Centre d'accueil familial spécialisé)

❖ Le Pôle Travail

- ☐ ESAT
 - ☐ Dives sur Mer
 - ☐ Dozulé
 - ☐ Troarn

❖ Le Pôle Soins de Dozulé

- ☐ MAS (maison d'accueil spécialisée)
 - ☐ Un Accueil Temporaire
 - ☐ Un Accueil de Jour
 - ☐ Une Accueil en Internat
- ☐ FAM (foyer d'accueil médicalisé)

❖ **Le Pôle Habitat**

- ☐ Foyer d'hébergement Jean Vasnier
- ☐ FOA (foyer occupationnel pour adultes vieillissants)
- ☐ SAJH (service d'activités de jour et d'hébergement)
 - ☐ Un Accueil de Jour
 - ☐ Une Accueil en Internat
- ☐ SASLA (service d'accompagnement et de suivi en logement autonome)
 - ☐ Logement hors résidences APAEI de la Côte Fleurie
 - ☐ Résidence la Triade Troarn
 - ☐ Résidence la Piéride Dozulé
 - ☐ Résidence la Dauphine Dives sur Mer
 - ☐ Résidence les Téméraires Dives sur Mer

Préambule :

Le dossier de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission.

Ce document est spécifique à la demande d'admission ou de stage au sein de l'APAEI de la côte Fleurie.

En complément, nous vous engageons à déposer un dossier unique d'admission via la plateforme « Viatrajectoire » qui couvre l'ensemble des demandes sur plusieurs départements. Le Système d'Information Suivi des Orientations (SISDO) Viatrajectoire Handicap permet l'orientation et l'admission des personnes en situation de handicap en Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS).

Un usager, sa famille ou son représentant légal qui reçoit une notification pour une prise en charge en ESMS émise par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH ou MDA), peut suivre l'évolution de son suivi d'orientation auprès des structures et services contactées à travers l'outil Viatrajectoire.

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) transmettent et suivent les demandes d'orientation issues de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap (CDAPH) de façon dématérialisée.

L'espace usager permet également d'accéder à un annuaire national d'aide à la recherche des ESMS répondant aux critères suivants : localisation, prestation, activité éducatives proposées, spécialisation de prise en charge. Il propose des informations pour contacter et choisir des structures ou services médico-sociaux. Rendez-vous sur : <https://www.viatrajectoire-normandie.fr>

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.

L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.

s o m m a i r e

1

Volet administratif

2

Volet parcours personnel

3

Volet autonomie

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...).

Volet Administratif

1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent):

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

--	--

--	--

--	--	--	--

Lieu de naissance : Commune :

Code postal :

--	--	--	--	--

Pays :

▪ Situation familiale

Situation de famille :
(cocher la case correspondante)

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Pacsé(e)

☐ Vie maritale

☐ Séparé(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf/veuve

Nombre enfant(s) :

--	--

 Dont nombre d'enfant(s) à charge :

--	--

Nombre de frère(s) et sœur(s) :

--	--

 Dont nombre de personnes en situation de handicap

--	--

▪ Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

N° de sécurité sociale :

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

.....
.....

Date d'effet de la décision :

--	--

--	--

--	--	--	--

 Date de fin de la décision

--	--

--	--

--	--	--	--

N° CDPH :

N° d'allocataire CAF : Titulaire :

2. Lieu de résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

☐ Domicile personnel

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

☐ Structure médico-sociale* Depuis le :

☐ Structure sanitaire* Depuis le :

☐ Autre, préciser
(ex : hôtel, famille
d'accueil...)

- Adresse du lieu de résidence

Adresse :

.....

Complément d'adresse :

Commune : Code postal :

Département :

N° téléphone :

E-mail :

3. Mesures de protection

- Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans)

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : ☐ Oui ☐ Non
(cocher la case correspondante) ☐ En cours d'évaluation ☐ Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle simple
(cocher la case correspondante) ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

Volet Administratif

■ **Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs**

- ☐ Détenteur de l'autorité parentale ☐ Mère ☐ Père ☐ Les deux ☐ Autre
- ☐ Autre, préciser :

Une mesure de prévention ou de protection est-elle en place ? :
(cocher la case correspondante)

Si « Oui », s'agit-il d'une (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|---|
| ☐ AED (Mesure d'Action Educative à Domicile) | ☐ MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Educative) |
| ☐ AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) | ☐ Ne sais pas |
| ☐ Mesure de placement, A préciser : | ☐ Autre, A préciser : |
| ☐ Judicaire | |
| ☐ Administrative | |

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Personne(s) à contacter

Liens (parents, tuteurs...) :	Liens (parents, tuteurs...) :																				
Nom :	Nom :																				
Prénom :	Prénom :																				
Adresse :	Adresse :																				
.....																					
.....																					
Code postal : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							Code postal : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														
Commune :	Commune :																				
Département :	Département :																				
N° téléphone : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											N° téléphone : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
E-mail :	E-mail :																				

5. Situation actuelle

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)):

▪ Accompagnement

- ☐ Accompagné par un service médico-social*
- ☐ Accompagné par un établissement médico-social*
- ☐ Hospitalisé en établissement sanitaire*
- ☐ Sans accueil ni accompagnement
- ☐ Accompagné par des professionnels libéraux

☐ Autre, à préciser :

.....

▪ Scolarisation / Formation

- ☐ Scolarisé en milieu ordinaire
- ☐ Scolarisé en établissement médico-social *
- ☐ Formation professionnelle

Si ULIS :

- ☐ ULIS Ecole ☐ ULIS Collège ☐ ULIS Lycée

☐ Autre, à préciser :

..

.....

Situation actuelle pour les adultes :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

▪ Accompagnement

- ☐ Accueilli en famille d'accueil
- ☐ Accompagné par un service médico-social*
- ☐ Accompagné par un établissement médico-social*
- ☐ Hospitalisé en établissement sanitaire*
- ☐ Sans accueil ni accompagnement
- ☐ Accompagné par des professionnels libéraux

☐ Autre, à préciser :

.....

▪ Formation / Emploi

- ☐ En formation professionnelle
- ☐ Exerce une activité professionnelle
- ☐ En recherche d'activité professionnelle
- ☐ Sans activité professionnelle
- ☐ Retraité

☐ Autre, à préciser :

.....

.....

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

.....

.....

Volet Administratif

Médecins qui vous suivent habituellement

▪ Médecin traitant

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Code postal :
Commune :
Département :
N° téléphone :
E-mail :

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant :

☐ Oui ☐ Non

▪ Médecin(s) spécialiste(s)

(exemples : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

Dans le cas où il y a un suivi par plusieurs médecins, merci de les préciser

Nom :
Spécialité médicale :
Adresse :
.....
.....
Code postal :
Commune :
Département :
N° téléphone :
E-mail :

Nom :
Spécialité médicale :
Adresse :
.....
.....
Code postal :
Commune :
Département :
N° téléphone :
E-mail :

Nom :		Nom :																					
			...																				
Spécialité médicale		Spécialité médicale																					
			...																				
Adresse :		Adresse :																					
			...																				
																							
																							
Code postal :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							Code postal :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														
Commune :		Commune :																					
			...																				
Département :		Département :																					
			...																				
N° téléphone :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											N° téléphone :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
E-mail :		E-mail :																					

J'autorise la structure à contacter le(s) médecin(s) spécialiste(s) : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slightly textured appearance and is set against a dark background.

6. Structures fréquentées actuellement

▪ **Scolarité / formation**

Nom de **l'enseignant référent** pour la scolarisation des enfants handicapés (ERSEH) :

N° de téléphone :

E-mail :

Nom de **l'établissement scolaire ou du centre de formation** fréquenté à l'heure actuelle :

Adresse :

CommuneCode postal :

Département

N° de téléphone :

E-mail :

Scolarité ou formation actuellement suivie:

Scolarité suivie (cocher la case correspondante) : ☐ A temps plein ☐ A

temps partielDate d'entrée dans l'établissement / centre de formation :

Volet Parcours personnel

- **Etablissement / service**

Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°1):

.....
.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....
.....

Commune : Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2):

.....
.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....
.....

Commune : Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Volet Parcours personnel

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle **(n°3)**:

.....
.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....
.....

Commune : Code postal :

--	--	--	--	--	--

Département :

N° de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

--	--	--	--	--	--	--	--

Commentaires :

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

7. Parcours de vie

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Emploi(s) précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres / commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Projet de vie et attentes

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche/enfant ? (centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pouvez-vous décrire vos attentes ou celles de votre enfant/proche dans l'établissement ou le service que vous sollicitez ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Autonomie

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Situation générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyenne	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

Vie domestique et courante	Oui	Non
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

Votre Autonomie

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Psychomotricien					
Pédiatre					
Psychiatre					
Psychologue					
Podologue					
Autre :					

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- ☐ Canne
 ☐ Déambulateur
 ☐ Fauteuil roulant manuel
 ☐ Fauteuil roulant électrique
☐ Lit médicalisé
 ☐ Orthèse ou prothèse
 ☐ Appareil auditif

Autre (préciser) :

.....

Services d'accompagnement hors établissement :

- ☐ Taxi Coordonnées :.....
☐ Ambulance Coordonnées :.....
☐ Aide à domicile Coordonnées :.....
☐ Autre Coordonnées :.....

Observations:

[illegible]

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Signature :

Signature :

Liste des pièces à joindre au dossier

Pour tous les pôles :

- ☐ Copie pièce d'identité recto et verso en cours de validité
- ☐ Livret de famille à jour
- ☐ 1 Photo d'identité récente
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile/scolaire
- ☐ Attestation de droits à l'assurance maladie
- ☐ Attestation mutuelle
- ☐ Copie de la notification de la CDAPH
- ☐ Copie de la mesure de protection juridique, si concerné
- ☐ Mesure de prévention ou protection (mineurs ou jeunes majeur AED, AEMO, MJIE, autre)
- ☐ Pour les mineurs en cas de divorce des parents le jugement et convention éventuelle
- ☐ Le dernier projet d'accompagnement personnalisé PPA
- ☐ Le dossier médical sous pli cacheté à l'intention de la plateforme santé comprenant :
- ☐ Les renseignements médicaux (Fiche médicale en annexe 1)
 - La dernière anamnèse de parcours
 - Les ordonnances en cours de validité (médicaments, contentions, kiné, orthophonie...)
 - Les prescriptions en cours (alimentaires, aides techniques...)
 - Et tout documents utiles à l'accompagnement en santé

En complément pour le pôle travail :

- Les certificats de travail
- Le CV
- Les diplômes
- Les permis véhicules légers, poids lourds, cariste (CACES), ASR, ASSR, BSR

En complément pour le pôle enfance :

- Annexe 2

L'ensemble du dossier est à retourner au siège de l'association

Courriel : siege@apaeicf.org

Adresse :

APAEI de la Côte Fleurie

7 rue de l'Hôtel de Ville

14160 DIVES SUR MER

Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom du Directeur de la structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

- ☐ Dossier complet
- ☐ Dossier incomplet, pièces manquantes :

.....

.....

.....

.....

Fait, le

A,

Tampon et signature du Directeur :

Réponse à la demande d'admission ou de stage

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qu'a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois compté de la réception de la demande. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'établissement ou
du service médico-social :

Nom du Directeur
de la structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

Décision :

- ☐ Admis
- ☐ Admissible, sur liste d'attente
- ☐ Non admissible

En cas d' « Non admissible », motivez :

.....

.....

.....

Fait, le

A,

Tampon et signature du Directeur :

Glossaire

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes

Handicapées.ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

*Liste des établissements médico-sociaux : Centre d'accueil médico-social précoce (**C.A.M.S.P.**) ; Centre Médico-Psycho-Pédagogique (**C.M.P.P.**) ; Institution médico-éducatif (**I.M.E.**) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (**I.T.E.P.**) ; Institut d'éducation motrice (**I.E.M.**) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (**E.E.A.P.**) ; Institut pour Déficiants Auditifs (**I.D.A.**) ; Institut pour Déficiants Visuels (**I.D.V.**) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (**B.A.P.U.**) ; Maison d'Accueil Spécialisée (**M.A.S.**) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (**F.A.M.**) ; **Foyer d'hébergement** (F.H.) ; **Foyer de vie** (F.V.) ; **Foyer d'accueil polyvalent** (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (**E.S.A.T.**) ; Centre de pré orientation (**C.P.O.**) ; Centre de rééducation professionnelle (**C.R.P.**)

*liste des services médico-sociaux : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**S.E.S.S.A.D.**) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**S.A.M.S.A.H.**) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (**S.A.V.S.**) ; Service de soins infirmiers à domicile (**S.S.I.A.D.**) ; Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (**S.P.A.S.A.D.**) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (**S.A.A.D.**)

*liste des établissements sanitaires : **Hôpital** ; **Hôpital de jour** ; Hospitalisation à domicile (**H.A.D.**) ; Centre médico-pédagogique (**C.M.P.**)

*Autres : Protection Maternelle et infantile (**PMI**) ; **Structures classiques** (halte-garderie, jardin d'enfants, centre de loisirs) ; Entreprise adaptée (**E.A.**)...

ANNEXE 1

A destination de tous les pôles

FICHE CONFIDENTIELLE DE SUIVI MEDICAL

➡ A remettre **sous enveloppe cachetée** à l'attention de la plateforme santé

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Nom du médecin traitant :

- Avez-vous été suivi par **un spécialiste** cette année ? OUI / NON (rayer la mention inutile).
- Si oui, lequel :

Spécialités	Nom du médecin et adresse	Commentaires (fréquence des RDV, observations...)
Bucco-dentaire		Contrôle annuel fait le : Traitement orthodontique ?
Cardiologique		
Dermatologique		
Endocrinologique		
Gastro entérologie		
Génito-urinaire		
Gynécologique		Contraception ?
Neurologique		Epilepsie ?
Ophtalmologique		Port de lunettes ?
ORL		Surdité ?
Orthopédique		Kinésithérapie ?
Pédiatrique		
Pneumologique		Allergies ? Asthme ?
Psychiatre		
Autres		

Taille :

Poids :

Groupe sanguin :

Allergies et intolérances (alimentaires, médicamenteuses) :

Merci de joindre les comptes rendus des consultations chez les médecins spécialistes pour mise à jour du dossier médical de votre enfant à l'IME

➤ **Hospitalisation(s) et intervention(s) chirurgicale(s) dans l'année :**

Dates : / / motif :

Dates : / / motif :

Dates : / / motif :

➤ **Traitement en cours** (merci de transmettre la prescription médicale en cours de validité) + traitement en cas de crise d'épilepsie, d'asthme, réactions allergiques...:

➤ Par ailleurs, aucun traitement ne sera administré s'il n'a pas été prescrit par un médecin. Nous vous invitons à demander à votre médecin traitant une prescription à jour pour vos traitements, ainsi que pour des traitements antalgiques (si douleurs), antipyrétiques (si fièvre) ou antispasmodiques (si douleurs abdominales ou diarrhées) cf autorisation d'administration de médicaments. Pour les usagers du pôle enfance, toute administration de traitement à l'IME (hors traitement quotidien) fera l'objet d'information aux représentants légaux.

➤ Aucune restriction de sortie, ni d'utilisation de moyen de contention ne pourront être utilisées sans certificat médical ou ordonnance.

➤ Régime alimentaire sur prescription alimentaire (fournir ordonnance) :

☐ Oui

☐ Non

➤ Pour l'IME, Joindre un Certificat médical de non contre-indication à la pratique de sport à l'IME

➤ Joindre la copie du carnet de vaccination

➤ Joindre la dernière anamnèse de parcours

Annexe 2

A destination du pôle enfance pour les mineurs

AUTORISATION PARENTALE/REPRESENTANT LEGAL D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION D'URGENCE

Nous soussignés..... représentants légaux de : Nom :
..... Prénom : autorisons le cas échéant, en cas d'urgence, les responsables et leurs délégués de l'APAEI de la Côte Fleurie et de l'établissement d'accueil de l'enfant, à prendre toutes les mesures nécessaires pour le transporter et le faire hospitaliser :

Nom :Prénom : Né le : A :.....

En cas d'impossibilité pour nous joindre ou en cas de force majeure, nous autorisons tout médecin responsable à faire pratiquer, le cas échéant, toute intervention chirurgicale ou médicale d'urgence rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant. L'établissement pouvant être amené à faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques, nous nous engageons à rembourser ces frais dont l'avance aurait été faite pour notre enfant dans un délai de 30 jours à compter de l'envoi de la facture afférente l'établissement.

Fait à Le
Nom et Prénom du signataire

Fait à Le
Nom et Prénom du signataire

AUTORISATION PARENTALE/REPRESENTANT LEGAL DE CONTACT AVEC LES PRATICIENS MEDICAUX/PARAMEDICAUX

Nous soussignés..... représentants légaux de : Nom :
..... Prénom :

☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas** les responsables et leurs délégués de l'APAEI de la Côte Fleurie et de l'établissement d'accueil de l'enfant, à prendre contact avec le médecin traitant de l'enfant.

☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas** les responsables et leurs délégués de l'APAEI de la Côte Fleurie et de l'établissement d'accueil de l'enfant, à prendre contact avec les médecins spécialistes.

☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas** les responsables et leurs délégués de l'APAEI de la Côte Fleurie et de l'établissement d'accueil de l'enfant, à prendre contact avec les praticiens paramédicaux.

Fait à Le
Nom et Prénom du signataire

Fait à Le
Nom et Prénom du signataire

**AUTORISATION PARENTALE/REPRESENTANT LEGAL
DE SORTIE**

Nous soussignés.....

Parents/responsables légaux de l'enfant

☐ **Autorisons**

☐ **N'autorisons pas**

L'enfant Nom Prénom à sortir à l'extérieur de l'établissement dans le cadre
des activités (sportives, culturelles, éducatives) organisées par les professionnels de l'IME/SESSAD
pour l'année en cours (cf Contrat de séjour / Document Individuel de Prise en Charge).

Fait à

Le

Signature

**AUTORISATION PARENTALE/REPRESENTANT LEGAUX
DE TRANSPORT**

Nous soussignés.....

Parents/responsables légaux de l'enfant

☐ **Autorisons**

☐ **N'autorisons pas**

le transport occasionnel de l'enfant Nom Prénom par les professionnels
de l'IME/SESSAD.

Fait à

Le

Signature

ANNEXE 3

A destination de tous les pôles

Protection des données personnelles

Note d'information à destination des personnes accompagnées

Tout au long de votre parcours à l'APAEI de la Côte Fleurie, nous sommes amenés à vous demander des renseignements administratifs et médicaux.
Ces informations recueillies sont des données personnelles.

L'APAEI de la Côte Fleurie est soucieuse de la protection de vos données personnelles. En tant que responsables du traitement, nous veillons à assurer le meilleur niveau de protection et de confidentialité de ces données collectées dans le cadre de nos missions.

La protection des données à caractère personnel, celles que vous nous confiez pour les besoins de votre accompagnement, est régie par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), depuis le 25 mai 2018 et par la Loi informatique et liberté (LIL) modifiée. L'autorité compétente française en charge de l'application de ce règlement est la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Définitions

Une donnée personnelle est toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Une personne physique peut être identifiée directement ou indirectement.

Un traitement de données personnelles est une opération ou ensemble d'opérations, portant sur des données personnelles, quel que soit le procédé utilisé (collecte, enregistrement, conservation, adaptation, modification...)

Le responsable de traitement est la personne morale ou physique qui détermine les finalités et les moyens d'un traitement, c'est-à-dire l'objectif et la façon de le réaliser.

Finalités et bases légales des traitements de données

Nous collectons ces données pour répondre à notre obligation réglementaire de constituer un dossier pour chaque personne accompagnée et faciliter votre parcours au sein de l'association. La finalité d'un traitement est l'objectif principal de l'utilisation des données personnelles. Les données sont collectées dans un but bien déterminé et légitime et ne sont pas traitées ultérieurement de façon incompatible avec cet objectif initial. Pour pouvoir être mis en œuvre, tout traitement de données doit se fonder sur l'une des bases légales prévues par le RGPD. Le traitement de ces données est une obligation légale de traçabilité de la part de l'association et de ses établissements.

Données collectées

Les données sont collectées pour un but bien déterminé et légitime et ne sont pas traitées ultérieurement de façon incompatible avec les finalités citées ci-dessus. Le principe de minimisation prévoit que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.

- Données administratives civiles : nom, prénoms de naissance et usuels, date de naissance, sexe, adresse, numéros de téléphone, courriel...
- Données médico-administratives : Numéros de sécurité sociale (NIR), Identité nationale de santé (INS), mutuelle, assurance maladie...
- Données personnelles : habitudes de vie, situation familiale, personnes à contacter, personne de confiance, médecin traitant...
- Données professionnelles : employeur, profession, informations d'ordre économique et financier...
- Données de santé et autres données sensibles : génétiques, ethniques, religion, antécédent médicaux, diagnostics, résultats d'examens, imagerie, traitements...

Sources des données

Les données sont constituées lors de votre accompagnement par l'APAEI de la Côte Fleurie.

Certaines de ces données peuvent nous avoir été transmises par vous-même. D'autres données peuvent provenir d'échanges d'information entre professionnels médico-sociaux et de santé ou d'échanges d'information au sein de réseaux sécurisés de soins.

Destinataires des données

Les données sont réservées aux professionnels de l'APAEI de la Côte Fleurie soumis au secret professionnel qui interviennent dans votre accompagnement et peuvent également être mises à disposition de professionnels membres de réseaux de soins.

Les professionnels échangent des informations nécessaires à la qualité de votre suivi et sont soumis au secret professionnel.

Vos données peuvent être transmises aux organismes publics, autorités de santé, professions réglementées (Trésor public, Agences régionales de Santé, organismes d'assurance maladie et complémentaire, avocats, commissaires aux comptes...) sur demande et dans la limite de ce qui est permis par la réglementation.

Vos données peuvent être transmises à des prestataires de services et sous-traitants réalisant des prestations pour l'APAEI de la Côte Fleurie dans le respect du RGPD et dans la limite des contrats de sous-traitance.

Protection et durée de conservation des données

Depuis plusieurs années, nos services se modernisent avec l'informatisation du dossier de l'utilisateur et du dossier médical partagé. Les informations des dossiers informatisés sont déposées chez un hébergeur de données de santé agréé, AIRMES et traitées sous notre responsabilité. Les conditions d'archivage sont sécurisées.

Les dossiers antérieurs à l'informatisation, donc sous format papier, bénéficient également de conditions d'archivage physique sécurisées

Les données collectées sont conservées pendant une durée limitée, définie en fonction des finalités de chaque traitement de données et de la réglementation en vigueur.

Le dossier administratif est conservé pendant une période de deux ans à compter de la date du dernier passage, si l'utilisateur n'a pas de suivi médical au sein de l'association

Le dossier médical est conservé pendant une période de vingt ans (Article R1112-7 du Code de la Santé Publique) à compter de la date du dernier passage, ou au moins jusqu'au vingt-huitième anniversaire du patient, ou pendant dix ans à compter de la date du décès. Certaines données peuvent être conservées plus longtemps si la loi le prévoit.

Droits des personnes

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (Article 15 à 22) vous disposez de différents droits sur vos données soumis à condition, à savoir :

- Droit d'accès : vous pouvez obtenir des informations sur les traitements qui sont réalisés sur vos données ainsi qu'une copie de celles-ci.
- Droit de rectification : vous pouvez demander la rectification de données qui sont inexactes, incomplètes.
- Droit à l'effacement « droits à l'oubli » : vous pouvez demander l'effacement de vos données dans les limites du droit applicable.
- Droit à la limitation du traitement : vous pouvez demander une limitation du traitement de vos données dans les limites du droit applicable.
- Droit de portabilité : vous pouvez demander, dans les limites du droit applicable, de recevoir les données que vous nous avez fournies dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine pour vous-même ou à les transmettre à d'autres responsables de traitement.
- Droit d'opposition : vous pouvez, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement de vos données dans les limites du droit applicable.

Par ailleurs, vous pouvez déposer des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données en cas de décès (www.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits).

Comment avoir plus d'information et/ou exercer vos droits sur vos données ?

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données en joignant une pièce d'identité à votre demande.

Responsable des traitements de vos données :

Directeur d'établissement.

Délégué à la protection des données

Courriel : dpo@apaeicf.org

Adresse :

APAEI de la Côte Fleurie

7 rue de l'Hôtel de Ville

14160 DIVES SUR MER

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (www.cnil.fr).