

Dossier de demande d'accueil Et d'évaluation des besoins de répit



250 AV. VILLARD DE HONNECOURT. 30 900 NÎMES



cseparenthese@cigalieres.fr



06 66 47 11 60

Ce dossier est à envoyer pour validation à l'adresse mail : rapt@gard.fr

Il sera transféré au service Parenthèse dans un second temps

Chers parents, aidants ou professionnels,

[Parenthese] : La maison du répit et d'Aide aux aidants a pour mission essentielle d'accueillir, d'informer, d'orienter, de soutenir, d'évaluer, et de répondre aux besoins de répit des aidants et des enfants et adolescents en situation de handicap et accompagné par les services de protection de l'enfance du département.



Ce service n'est pas un service d'urgence.

Pour accompagner au mieux les usagers ce dossier de demande d'accueil doit être retourné au minimum un mois avant les dates souhaitées

Nous vous invitons à remplir ce dossier de demande d'accueil pour mieux cerner vos demandes.

CADRE RESERVE AU SERVICE [PARENTHÈSE]

Date de réception du dossier :

Décision de la demande de répit après passage en commission :

1 Fiche administrative

NOM : Né(e) le : Nationalité : <u>Nature du handicap :</u> 	Prénom : à :
---	---

<u>Sécurité Sociale :</u>	<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> 100 %
N° d'immatriculation : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Adresse de la Caisse : (joindre photocopie de votre attestation)		
Noms- prénom de l'assuré(e)		

<u>Mutuelle :</u> (joindre la photocopie de votre carte)	<u>N° de dossier :</u>
Nom :	
Adresse :	

<u>Numéro MDPH :</u>
Date de validité de la notification :
Du.....au.....
Merci de bien vouloir joindre une copie de la notification MDPH

<u>ASSURANCE Responsabilité Civile: (joindre attestation)</u>	<u>N° De police :</u>
Adresse :	

2 Fiche informative sur la situation de l'enfant

→ Représentant légal 1 :

Nom :

Adresse :

Tél domicile :

Portable(s) :

Mail :

Qualité de parenté :

→ Représentant légal 2 :

Nom :

Adresse :

Tél domicile :

Portable(s) :

Mail :

Qualité de parenté :

→ Fratrie de l'enfant :

Nom	prénom	Date de naissance	À domicile	
			oui	non
			oui	non
			oui	non
			oui	non
			oui	non

→ Orientation MDPH :

☐ IME

☐ IEM

☐ EEAP

→ **Si votre enfant présente un handicap physique merci de préciser :**

La nature du handicap :

Les besoin d'Appareillages :

Votre enfant a t-il besoin d'aide pour manger ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Aide partielle

Votre enfant a t-il besoin d'aide pour l'habillage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Aide partielle

Votre enfant a t-il besoin de protection ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Modalités actuelles d'accompagnement :

- ☐ En établissement médico-social
- ☐ En établissement sanitaire

- ☐ En internat
- ☐ En externat

Merci de lister les établissements/services intervenants + les coordonnées téléphoniques :

→ **Point médical :**

- ☐ **Traitement(s) en cours :**

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ **Crises épileptiques :**

.....

- ☐ **Allergies(animaux,médicaments,plantes,autres) :**

.....

.....

- ☐ **Maladie(s)**

infectieuse(s) :

....

- ☐ **Maladie(s) métabolique(s) (diabète, obésité ...)** :

.....

☐ **Soin/traitement nécessitant le passage d'une infirmière libérale :**

Le/la professionnelle est en accord pour continuer les soins sur le lieu de répit pendant la durée du séjour ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ **Autres :**

.....

.....

.....

.....

→ Suivi en cours : Merci d'identifier les professionnels

☐ Médical :

.....

.....

.....

☐ Psychologique :

.....

.....

.....

☐ Orthophonique :

.....

.....

.....

☐ Kinésithérapie :

.....

.....

.....

☐ Autre (précisez) :

.....

.....

.....

3 évaluation de la demande de répit

→ **Motif de recours a [PARENTHÈSE] et d'aide aux aidants :**

Vous pouvez joindre des bilans en annexe au dossier pour étayer/appuyer votre demande.

→ **Modalités et période(s)d'accueil souhaitée(s) :**

• **Les WEEK-ENDS**

- ☐ En hébergement (***du vendredi soir au lundi matin***)
☐ En accueil de jour (***samedi et dimanche***)

• **Les semaines de vacances** (vacances scolaires précisées ci-dessous)

- ☐ En hébergement (du lundi matin au vendredi soir)
☐ En accueil de jour (du lundi au vendredi)
☐ En accueil séquentiel d'internat précisez :

.....

- ☐ En accueil séquentiel de journée précisez :

.....

→ **Une remarque/événements/informations importantes à ajouter dans le cadre du parcours de l'enfant et de son accompagnement global :**

Il est essentiel de nous transmettre tous les éléments en votre possession sur la situation/comportements/difficultés repérées de l'enfant afin que l'équipe puisse travailler et anticiper un potentiel accueil de qualité.