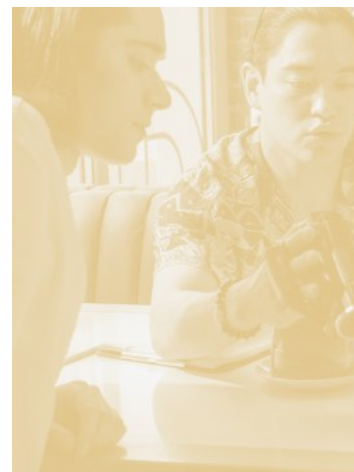


DOSSIER D'ADMISSION

*FVO
& go*



Fino
& go

FVO
& go

SOMMAIRE

EXEMPLE DE PARCOURS	1
PROJET ÉDUCATIF INDIVIDUALISÉ POUR LANA	1
1. Introduction	1
2. Cadre de vie et localisation	1
3. Transport	1
4. Accompagnement professionnel	1
5. Phase 1 : Apaisement et stabilité	2
6. Activités Éducatives et Ludiques	2
7. Phase 2 : Préparation à la Majorité	2
8. Planification du retour dans le Pas-de-Calais	2
9. Loisirs et Visites Familiales	2
10. Suivi continu et Communication	3
11. Objectifs à long terme	3
12. Conclusion	4
ANNEXES 1	5
Dossier d'admission	6
Fiche Autorisation 1/2	7
Fiche Autorisation 2/2	8
Fiche Renseignements et Parcours	9
Service demandeur de l'accueil	10
Fiche Navette de suivi	11
Contrat d'accompagnement individualisé	12
ANNEXES 2	13
Fiche individuelle de trousseau	14
Fiche Sanitaire de liaison 1/3	15
Fiche Sanitaire de liaison 2/3	16
Fiche Sanitaire de liaison 3/3	17



EXEMPLE DE PARCOURS

PROJET ÉDUCATIF INDIVIDUALISÉ POUR LANA

1. Introduction

Le présent projet éducatif est mis en place pour répondre aux besoins de Lana, une jeune fille prise en charge par l'aide sociale à l'enfance du Pas-de-Calais.

Ce document détaille l'approche individualisée proposée pour son accompagnement à Saint-Pathus en Seine-et-Marne.

2. Cadre de vie et localisation

Lana bénéficiera d'un logement adapté dans une extension de maison située dans une zone résidentielle de bon standing.

Les commodités locales et l'environnement champêtre contribueront à son bien-être.

À proximité, Lana pourra profiter de sites touristiques tels que le Parc Naturel Régional du Pâtis et le Château de Champs-sur-Marne.

3. Transport

La distance entre Saint-Pathus et Liévin est d'environ 2 heures et 30 minutes en voiture via les autoroutes A1 et A26, ce qui facilite les déplacements pour des visites familiales ou des rendez-vous.

4. Accompagnement professionnel

L'accompagnement de Lana sera assuré par deux éducateurs en journée et un éducateur de nuit.

Elle aura également accès à une équipe soignante composée d'une psychologue référente, Marie Melou, pour des entretiens hebdomadaires, et d'un pédopsychiatre, le docteur Marc Girard, pour un suivi mensuel. Un médecin généraliste, docteur Fabrice Quintard et une infirmière de secteur seront également à disposition.

EXEMPLE DE PARCOURS

5. Phase 1 : Apaisement et stabilité

L'apaisement fait référence à la réduction de l'anxiété et à la création d'un environnement sécurisant.

La stabilisation vise à atteindre un équilibre émotionnel et comportemental permettant à Lana de mieux gérer ses troubles psychiques et son traitement médicamenteux.

6. Activités Éducatives et Ludiques

Des activités sportives et culturelles seront proposées pour stimuler l'épanouissement personnel et social de Lana.

Le travail sur la revalorisation de soi sera intégré à travers des ateliers et des initiatives personnalisées.

7. Phase 2 : Préparation à la Majorité

La deuxième phase se concentrera sur la remise à niveau scolaire et l'élaboration d'un projet d'orientation professionnelle.

Lana bénéficiera de rendez-vous avec notre psychologue, des conseillers d'orientation et des représentants de la mission locale pour définir ses aspirations futures.

8. Planification du retour dans le Pas-de-Calais

Nous élaborerons un plan progressif pour préparer le retour de Lana dans le Pas-de-Calais, en identifiant le meilleur hébergement et en anticipant ses besoins en formation et accompagnement éducatif.

9. Loisirs et Visites Familiales

Lana aura accès à des activités de vacances et des visites mère-enfant, organisées selon les recommandations des services de l'Ase.

EXEMPLE DE PARCOURS

10. Suivi continu et Communication

a. Compte-rendu hebdomadaire

Un compte rendu hebdomadaire sera fourni pour assurer une transparence totale et maintenir les parties prenantes informées de l'évolution de Lana.

Ce rapport inclura les progrès réalisés, les défis rencontrés et les ajustements apportés au plan éducatif.

b. Visioconférences et Visites

Des visioconférences régulières seront organisées pour permettre aux intervenants de discuter du progrès de Lana et de planifier les étapes suivantes.

Les visites sur site pourront être arrangées pour les professionnels de l'Ase afin d'observer directement l'environnement de vie et l'accompagnement fourni.

c. Rendez-vous médicaux et Demandes spécifiques

Une attention particulière sera portée à la coordination des rendez-vous médicaux pour Lana.

Toute demande spécifique devra être communiquée à l'avance afin de garantir une organisation optimale et une intégration fluide dans le programme de soins de Lana.

11. Objectifs à long terme

a. Autonomie et Intégration sociale

L'objectif à long terme est de préparer Lana à une vie autonome et à une intégration sociale réussie.

Cela comprend le développement de compétences de vie quotidienne, la gestion de son bien-être émotionnel et mental, et la préparation à l'emploi ou à la formation continue.

b. Planification de la Majorité

À l'approche de sa majorité, une attention renforcée sera portée au développement des compétences personnelles et professionnelles de Lana, ainsi qu'à son autonomie financière et décisionnelle.

12. Conclusion

Ce projet éducatif est conçu pour offrir à Lana un cadre de vie stable, un accompagnement pédagogique et thérapeutique sur mesure et un soutien continu pour son développement personnel.

Notre engagement est de travailler conjointement avec les services de l'ASE du Pas-de-Calais pour garantir que Lana reçoive les meilleures opportunités possibles pour son avenir.

Nous sommes convaincus que cet **environnement bienveillant**, combiné à **une approche éducative individualisée** et à **un soutien professionnel**, sera le **fondement** sur lequel Lana pourra construire **sa réussite** et **son épanouissement à long terme**.

ANNEXES.



DOSSIER D'ADMISSION

Le dossier doit être dûment rempli, sans quoi, l'admission de l'enfant pourra être refusée.

- Le contrat de prise en charge
- La Fiche Autorisations pour intervention médicale d'urgence et droit à l'image
- Fiche Sanitaire de liaison
- La Convention signée
- Photocopie du carnet de santé et carnet de vaccination
- Copie de l'attestation CMU et Carte Vitale
- Certificat médicale d'aptitude à la pratique sportive
- Photocopie de la carte nationale d'identité (CNI)
- Fiche Renseignements et Parcours
- Attestation de prise en charge financière

La convention devra préciser les modalités de transport de l'enfant et sa prise en charge financière.

FICHE AUTORISATION 1/2

AUTORISATION POUR DES SOINS

En cas de besoin, le mineur accidenté ou malade est orienté ou transporté vers les services de soin les mieux adaptés.

La famille sera immédiatement avertie par nos services.

Je soussigné [] autorise les encadrants d'EVO & GO à prendre les dispositions nécessaires pour assurer la prise en charge médicale de mon enfant [] en cas d'accident ou maladie.

à []

le [] / [] / []

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

[]

[]

La convention devra préciser les modalités de transport de l'enfant et sa prise en charge financière.

DROIT À L'IMAGE

Nous soussigné [REDACTED]
autorisons l'association à filmer et photographier
notre enfant [REDACTED]
et de publier, et ou diffuser sur tous les supports nécessaires à l'association EVO & GO :
Site internet, programme des séjours, diaporama ou film de présentation...

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 sa réputation.

à [REDACTED]

le [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

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

[REDACTED]

[REDACTED]

FICHE RENSEIGNEMENTS ET PARCOURS

CONCERNANT L'ENFANT

☐ Fille ☐ Garçon

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

CONCERNANT LES PARENTS

	PÈRE	MÈRE
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone		
Profession		
Autorité Parentale		

FRÈRES ET SOEURS

NOM :

NOM :

NOM :

PRÉNOM :

PRÉNOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

SERVICE DEMANDEUR DE L'ACCUEIL

NOM DU SERVICE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

RÉFÉRENT :

SERVICE ASE OU TIERS DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE

RÉFÉRENT :

TÉLÉPHONE :

PARCOURS

Parcours ASE et mesures <i>Historique de la prise en charge ASE</i>	
Parcours Institutionnel <i>Établissements de placement, FA, dates et lieux</i>	
Parcours scolaire ou professionnel <i>Niveau, déscolarisation, stages, etc.</i>	
Antécédents judiciaires <i>Préciser la nature des passages à l'acte</i>	

BESOINS PARTICULIERS

Préciser les **besoins spécifiques**, la **dernière hospitalisation**, et/ou si l'enfant bénéficie d'un suivi psychologique ou psychiatrique, son **traitement** :

FICHE NAVETTE DE SUIVI

PARCOURS DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

LIEU DE PLACEMENT INITIAL :

ORGANISATION DU TRANSPORT

ARRIVÉE : DATE, HEURE ET LIEU



/ / -



DÉPART : DATE, HEURE ET LIEU



/ / -



OBSERVATIONS

Déroulement de la semaine <i>Comportement général, évènements marquants, santé, état d'esprit, etc.</i>	
Respect du cadre	
Rapport à l'adulte	

NOTES

CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

Rapport avec le groupe	
Participation aux activités	
Appréciation du comportement	
Informations importantes <i>Santé, incident(s) ou tension(s), etc.</i>	

ANNEXES. 2

FICHE INDIVIDUELLE DE TROUSSEAU

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

DATES DU SÉJOURS :

/

/

CATÉGORIE	Vêtement	Quantité conseillée	Fournis par les parents	Quantité à l'arrivée	Quantité au départ	Observations ou pertes
LINGE DE CORPS	T-shirts	4				
	Maillots de corps	5				
	Sous-vêtements	5				
	Chaussettes	5				
NUIT	Pyjama ou chemise de nuit	2				
VÊTEMENTS DE JOUR	Shorts	3				
	Jupes, robes	2				
	Pantalons/jeans	2				
	Survêtements	1				
	Blouson, veste, anorak	1				
	Pull-over chaud	1				
PLUIE	Imperméable ou K-Way	1				
PAIRES DE CHAUSSURES	Chaussures basses	1				
	Chaussures hautes	1				
	Pantoufles	1				
POUR LA TOILETTE	Serviettes de toilette	3				
	Gants de toilette	3				
	Nécessaire à toilette	1				
BAIGNADE	Maillots de bain	2				
	Serviettes de bain	2				
POUR LA TABLE	Serviettes de table	2				
	Enveloppe à serviette	1				
DIVERS	Écharpe/cache-nez	1				
	Chapeau/casquette	1				
	Mouchoirs jetables	6				

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 1/3



CONFIDENTIEL

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccination.

CONCERNANT L'ENFANT

☐ Fille ☐ Garçon

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1 VACCINATION

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTERIE			/ /	Coqueluche	/ /
TETANOS			/ /	Hoemophilus	/ /
POLIOMYENTE			/ /	Rubeole-Oreillons-Rougeote	/ /
			/ /	Hepatite E	/ /
			/ /	Pneumocoque	/ /
			/ /	BCG	/ /
			/ /	Autres (préciser)	/ /

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.



2 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT

POIDS :

 kg

TAILLE :

 cm

Informations nécessaires en cas d'urgence

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

Alimentaires

☐

OUI

☐

NON

Médicamenteuses

☐

OUI

☐

NON

Autres (animaux, plantes, pollen)

☐

OUI

☐

NON

Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé : ☐ OUI ☐ NON

Précisez :

3 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles de contact, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.



4 RESPONSABLES DU MINEUR

RESPONSABLE N°1

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE MOBILE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

RESPONSABLE N°2

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE MOBILE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

MÉDECIN TRAITANT

TÉLÉPHONE :

Je soussigné responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

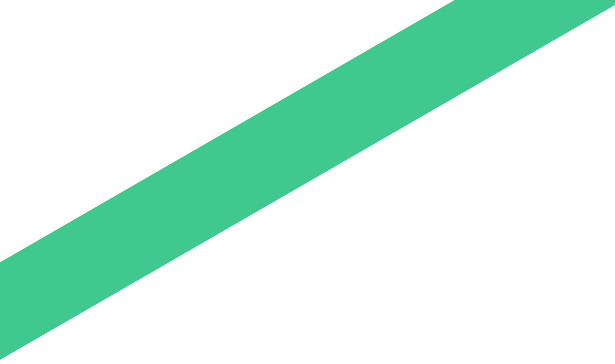
J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

à

Signature

le

/ /



FIVE
& go



DOSSIER D'ADMISSION



10 avenue de Dallas
21000 Dijon
FRANCE

Direction EVO & GO

☎ 06 48 80 64 35

✉ contact@evo-et-go.fr