

DOSSIER D'ADMISSION



NEHEMIE

« Accueils Alternatifs »

I- Identité

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse du domicile actuelle :

Code postale : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Nom de l'établissement médico-social actuel :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Référent éducatif de l'établissement :
.....

II- Relation familiale

Qualité	Autorité parentale	Droit de correspondance	NOM Prénom	Adresse postale	Numéro de téléphone

III- Santé

Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

CMU : OUI NON Fin de DROIT : __ / __ / 20 __

Carte vitale : OUI NON

	NOM	Coordonnées
Généraliste		
Psychiatre		
Psychologue		
Psychomotricien		
Orthophoniste		
CMP		

• Allergie : OUI (si oui, le(s) ou le(s)quelles (s) ci-dessous) NON

Type :

.....

Traitement : OUI (si oui, le (s) ou le(s)quel (s) ci-dessous) NON

.....

.....

.....

• Asthme OUI NON

• Reconnaissance MDPH et Notifications

Numéro de dossier :

.....

Fin de la mesure :

.....

Notifications :

Pathologies, Troubles du comportement,

TSA :

• **Régime alimentaire spécifique :**

.....

• **Traitement en cours (*merci de joindre l'ordonnance valide*)**

Date de début

Date de fin

Matin	Midi	Soir

En cas de crise « le traitement à prescrire du « Si besoin » :

.....

IV- Renseignements personnes à contacter en cas d'incident

Nom & Prénom :

Adresse :
.....

Date de naissance : Tél. / Port :

Les coordonnées du service ASE :

N° engagement : -----

Référent(e) ASE

Nom et Prénom :

Adresse.....

Numéro de téléphone : / N° Portable :

Adresse @ :

Chef de secteur :

Nom Prénom :

Numéro de téléphone & Portable : &

Adresse @ :
.....@.....

Numéro de téléphone de l'astreinte départementale :

Procédure de l'astreinte départementale :
.....

Qualité de l'astreinte :

- Référent ASE
- Chef de secteur
- Astreinte départementale
- Inspectrice ASE

Contact des parents ou des responsables légaux en cas d'incident :

- OUI NON

Si oui, dans quels cas contacter les parents :

- En cas d'hospitalisation
- Accident
- Fugue
- Évènement indésirable
- Cas de maltraitance

LES COORDONNÉES DES PARENTS

Qualité du parent	Les Coordonnées téléphoniques et courriel
Date et numéro de jugement	Mesure judiciaire relative à l'autorité parentale Merci d'adjoindre un extrait de l'OPP

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné (e), Madame, Monsieur, _____,

Responsable légal de l'enfant : _____

Demeurant au : _____

Bât _____ à l'Etage _____, Porte n° _____

Code Postal : _____ Ville _____

Téléphone & Portable : _____ & _____

Courriel @ : _____ @ _____

Agissant en qualité de :

Père

Mère

Tuteur

Curateur

D.A.P.

Autoriser le Directeur du Centre « NEHEMIE », 12, Avenue du 8 Mai 1945 - 95200 SARCELLES,

A faire hospitaliser et de prendre les dispositions nécessaires en cas d'urgence de soins.

Fait à :

Le :

Signature (s) du /(des) Responsable (s) légal /(aux) :

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (e), Madame, Monsieur, _____,

Responsable légal de l'enfant : _____

Demeurant au : _____

Bât _____ à l'Etage _____, Porte n° _____

Code Postal : _____ Ville _____

Téléphone & Portable : _____ & _____

Courriel @ : _____ @ _____

Agissant en qualité de :

Père

Mère

Tuteur

Curateur

D.A.P.

Autorise la prise de l'image, son usage et son éventuelle publication de Monsieur, Madame, Mademoiselle.

Dans le cadre des activités éducatives, réalisées par le centre « NEHEMIE », à l'intérieur des locaux ou à l'extérieur.

Il s'agira notamment de photos ou de vidéos à usage interne, à diffusion aux résidents de Foyer ou stagiaires de l'établissement, aux membres de leur famille, au personnel de l'établissement : souvenirs de séjours, de sorties ou des fêtes, images d'activités de Centre, journal éducatif, etc...

Je suis informé que toute diffusion plus importante de type plaquette de présentation de l'établissement, livret d'accueil ou reportage publique, mon avis devra être sollicité.

Fait à Sarcelles,

Le

Signature de l'intéressé

Signature du représentant légal