



NEHEMIE
ACCUEIL ALTERNATIF

DOSSIER
D'ADMISSION
SÉJOURS ALTERNATIFS

DOSSIER À REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE
ET À ENVOYER PAR E-MAIL À CONTACT@ACCUEIL-NEHEMIE.COM
OU PAR VOIE POSTALE À L'ADRESSE CI-DESSOUS

NÉHÉMIE
12 avenue du 8 mai 1945
95200 SARCELLES

Tél. : 01 86 30 04 44
www.accueil-nehemie.com
contact@accueil-nehemie.com

SAS auprès du RCS Pontoise
B 912077294

I - IDENTITÉ

Nom	Prénom
Date de naissance	Lieu de naissance
Adresse du domicile	
Code postal	Ville
N° téléphone fixe	N° téléphone portable

Nom de l'établissement médico-social actuel

Adresse de l'établissement

N° téléphone

Référent éducatif de l'établissement

II - RELATION FAMILIALE

Père	Mère	Autre (précisez)			
Autorité parentale	Oui	Non	Droit de correspondance	Oui	Non
Nom			Prénom		
Adresse postale					
N° téléphone		Adresse e-mail			

Père	Mère	Autre (précisez)			
Autorité parentale	Oui	Non	Droit de correspondance	Oui	Non
Nom			Prénom		
Adresse postale					
N° téléphone		Adresse e-mail			

Responsable légal 1		Responsable légal 2		Autre (précisez)	
Autorité parentale	Oui	Non	Droit de correspondance	Oui	Non
Nom			Prénom		
Adresse postale					
N° téléphone		Adresse e-mail			

III - SANTÉ

N° de Sécurité Sociale / / / / / /

CMU Oui Non - Fin de Droits / /
JOUR MOIS ANNÉE

Carte vitale Oui Non

GÉNÉRALISTE

Nom

Adresse

N° téléphone

PSYCHIATRE

Nom

Adresse

N° téléphone

PSYCHOLOGUE

Nom

Adresse

N° téléphone

PSYCHOMOTRICIEN

Nom

Adresse

N° téléphone

ORTHOPHONISTE

Nom

Adresse

N° téléphone

CMP

Nom

Adresse

N° téléphone

III - SANTÉ (suite)

THÉRAPEUTE

Nom

Adresse

N° téléphone

DIÉTÉTICIEN

Nom

Adresse

N° téléphone

ALLERGIES

Oui **Non** (si oui, merci d'indiquer laquelle ou lesquelles ci-dessous)

Type d'allergie

Traitement **Oui** **Non** (si oui, merci d'indiquer le(s) traitement(s) ci-dessous)

ASTHME

Oui **Non** **Traitement** **Oui** **Non** (si oui, merci d'indiquer le(s) traitement(s) ci-dessous)

DIABÈTE

Oui **Non** **Traitement** **Oui** **Non** (si oui, merci d'indiquer le(s) traitement(s) ci-dessous)

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE

Oui **Non** (si oui, merci d'indiquer le régime alimentaire prescrit ci-dessous)

III - SANTÉ (suite)

TRAITEMENT EN COURS (merci de joindre une ordonnance valide)

Oui Non (si oui, merci d'indiquer le traitement prescrit)

Date de début / / Date de fin / /
JOUR MOIS ANNÉE JOUR MOIS ANNÉE
Matin Midi Soir

En cas de crise merci d'indiquer le traitement à prescrire "SI BESOIN" ci-dessous

IV - RECONNAISSANCE MDPH ET NOTIFICATIONS

N° Dossier

Fin de la mesure

Notifications

Pathologies, troubles du comportement, trouble du spectre de l'autisme (TSA)

V - PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'INCIDENT

Nom	Prénom
Date de naissance	Lieu de naissance
Adresse du domicile	
Code postal	Ville
N° téléphone fixe	N° téléphone portable

CONTACT DES PARENTS OU DES RESPONSABLES LÉGAUX EN CAS D'INCIDENT

Oui Non

Si oui, dans quels cas contacter les parents ou responsables légaux

En cas d'hospitalisation Accident Fugue Événement indésirable
Cas de maltraitance

V - PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'INCIDENT (suite)

COORDONNÉES DES PARENTS

Père	Mère	Autre (précisez)			
Responsable légal 1		Responsable légal 2			
Autorité parentale	Oui	Non	Droit de correspondance	Oui	Non
Nom		Prénom			
Adresse postale					
N° téléphone			Adresse e-mail		

Père	Mère	Autre (précisez)			
Responsable légal 1		Responsable légal 2			
Autorité parentale	Oui	Non	Droit de correspondance	Oui	Non
Nom		Prénom			
Adresse postale					
N° téléphone			Adresse e-mail		

JUGEMENT & MESURE(S) JUDICIAIRE(S)

N° de jugement _____ Date du jugement _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE

Mesure(s) judiciaire(s) relative(s) à l'autorité parentale (Merci d'adjoindre un extrait de l'OPP)

VI - COORDONNÉES DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE)N° engagement *(obligatoire)***RÉFÉRENT(E) ASE**

Nom	Prénom
Adresse	
N° téléphone fixe	N° téléphone portable
Adresse e-mail	

CHEF DE SECTEUR

Nom	Prénom
N° téléphone fixe	N° téléphone portable
Adresse e-mail	
N° téléphone astreinte départementale	
Procédure de l'astreinte départementale	

QUALITÉ DE L'ASTREINTE

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

Vous affirmez que les renseignements personnels donnés dans le présent dossier d'admission sont complets et exacts.

En soumettant ce dossier d'admission, vous consentez à ce que les renseignements qui y sont fournis soient utilisés pour son évaluation par l'établissement Néhémie et conservés pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles ils ont été demandés.

Vous donnez l'autorisation à l'établissement Néhémie ou service sollicité de recueillir et de conserver, durant la période prévue par la loi, des données personnelles concernant l'enfant, ceci dans le but de constituer son dossier personnel, son parcours de soin et ainsi optimiser sa prise en charge.

En cochant "J'ai lu et j'accepte", vous consentez à l'utilisation des renseignements personnels fournis dans ce dossier d'admission. La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. De même, vous déclarez que les renseignements personnels et les documents fournis à l'admission, ainsi que toute autre transaction à venir aux fins de validation de votre identité ou de votre statut légal, sont exacts et conformes.

J'ai lu et j'accepte

Fait à	Le
Signature(s) du/(des) responsable(s) légal/(aux)	

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant

demeurant au

Code postal

Ville

N° téléphone fixe

N° téléphone portable

Adresse e-mail

agissant en qualité de

Père

Mère

Tuteur

Curateur

D.A.P.

autorise le **Directeur de Néhémie, 12 avenue du 8 mai 1945, 95200 Sarcelles,**

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

Fait à

Le

Signature(s) du/(des) responsable(s) légal/(aux)

AUTORISATION «JEUNE MINEUR»

Je/nous soussigné(e/s), (Nom et prénom de la mère et/ou du père ou du responsable légal)

Nom Prénom

Père Mère Responsable légal

domicilié(e) à

Code postal Ville

Nom Prénom

Père Mère Responsable légal

domicilié(e) à

Code postal Ville

déclare être le seul détenteur de l'autorité parentale sur le jeune

ou

déclarons détenir ensemble l'autorité conjointe sur le jeune

Autorisons l'établissement Néhémie, dont le siège social est situé à Sarcelles (95200), 12 avenue du 8 mai 45, ou toute entité qui lui est affiliée, ci-après dénommées « Néhémie », toute personne morale ou physique qu'elles se réservent le droit de se substituer totalement ou partiellement :

1_ À photographier, enregistrer et à filmer (Nom et prénom du jeune)

Nom prénom

2_ À reproduire, diffuser et publier l'image, le nom, la voix, du jeune susmentionné, dans le monde entier, sur tous les supports et tous les formats actuels et à venir notamment, papier, film, supports audio et vidéo, analogique ou numérique, services en ligne sur tous les réseaux de représentation et de diffusion, en ce compris Intranet, Internet, Extranet et télédiffusion, dans le respect du jeune susmentionné et ce, notamment :

- Dans les publications de toute nature de Néhémie destinées à un public interne ou externe, diffusées à titre gratuit (et notamment dans le *Journal interne/Externe de Néhémie*, etc...).
- Dans le cadre de la présentation et la promotion de Néhémie auprès de tout public et notamment dans : tout rapport ou projet concernant Néhémie, les plaquettes de présentation, les invitations, les tracts et affiches, les cartes de vœux, ainsi que les dossiers et communiqués de presse, les dossiers thématiques, les insertions publicitaires (*annuaires et revues spécialisées*), les signalétiques (*trptyques, panneaux*), les ouvrages sur Néhémie, et toutes les informations par voie de presse audiovisuelle (*presse écrite, radio, télévision*), etc...

3_ Durée des autorisations

- L'autorisation de photographier ou de filmer le jeune susmentionné est valable pour toute la durée de sa prise en charge.
- L'autorisation de reproduction, diffusion et publication de l'image du jeune est valable, toute la durée de sa prise en charge et pour une durée de trois années, même si le jeune est amené à quitter Néhémie. A l'issue de cette période, l'image du jeune sera archivée, sauf renouvellement de l'autorisation.

AUTORISATION «JEUNE MINEUR» (suite)

- Cependant, si la durée de vie du support utilisé est supérieure à ces trois années (*exemple : plaquettes, signalétiques, affiches, livres, films...*), nous autorisons expressément de Néhémie à continuer à faire usage de ce support, sous réserve que la première reproduction et diffusion soit intervenue dans le délai des trois années précitées.

4_ Gratuité des autorisations

- L'autorisation de photographier et de filmer le jeune est consentie à titre gratuit.
- L'autorisation de reproduction, diffusion et de publication du jeune est également consentie à titre gratuit, quel que soit le type d'exploitation, en nombre illimité, dans le monde entier.

5_ Gestion des données à caractère personnel

Les informations relatives à la collecte et au traitement de vos données à caractère personnel, effectuées par l'établissement Néhémie, sont présentées en annexe de ce document.

Fait en 3 exemplaires à

Le

Signature(s) de la mère et/ou du père
ou du représentant légal précédé
de la mention manuscrite «*lu et approuvé*»

Signature du jeune mineur de plus
de 13 ans précédé de la mention
manuscrite «*lu et approuvé*»