

# SÉJOUR RÉPIT AVEC UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

---

Dossier d'inscription



## RÉPIT EN FAMILLE

Ayant un enfant avec des troubles du neurodéveloppement  
dont les troubles du spectre autistique

# NOS LIEUX D'ACCUEIL

---

# LA FONDATION SAINT-PIERRE

La Fondation Saint-Pierre, fondation reconnue d'utilité publique et abritante, s'est donnée comme mission l'amélioration de la santé et de la protection de l'enfance.

Chaque année, **plus de 11 500 enfants malades et en situation de handicap** bénéficient de l'action de la fondation grâce aux innovations et aux projets qu'elle soutient.

La Fondation Saint-Pierre déploie **le programme Bulles de répit sur deux lieux de vie**, à savoir Palavas-les-Flots, station balnéaire qui borde la mer Méditerranée (34) et Notre Dame de La Gardiolle, domaine au cœur de la nature, dans le magnifique Piémont cévenol (Conqueyrac 30).

Palavas-les-flots (34)



Notre Dame de La Gardiolle (30)



## DATES SOUHAITÉES

### A PALAVAS-LES-FLOTS

#### LONGS SÉJOURS

- Lundi 24 février au samedi 1er mars 2025
- Lundi 21 au samedi 26 avril 2025
- Lundi 14 au samedi 19 juillet 2025
- Lundi 21 au samedi 26 juillet 2025
- Lundi 28 juillet au samedi 2 août 2025
- Lundi 4 au samedi 9 août 2025
- Lundi 11 au samedi 16 août 2025
- Lundi 18 au samedi 23 août 2025
- Lundi 27 octobre au samedi 1er novembre 2025

#### COURTS SÉJOURS

- Mercredi 30 avril au lundi 5 mai 2025
- Mercredi 7 au lundi 12 mai 2025
- Mercredi 28 mai au lundi 2 juin 2025
- Vendredi 7 au mercredi 12 novembre 2025

#### VACANCES DE NOËL

- Vendredi 19 au mardi 23 décembre 2025

### A NOTRE DAME DE LA GARDIOLLE

#### LONGS SÉJOURS

- Lundi 7 juillet au samedi 12 juillet 2025
- Lundi 14 juillet au samedi 19 juillet 2025
- Lundi 21 juillet au 26 juillet 2025
- Lundi 28 juillet au samedi 2 août 2025
- Lundi 4 août au samedi 9 août 2025
- Lundi 11 août au samedi 16 août 2025
- Lundi 18 août au samedi 23 août 2025

**PARTIE 1**

**DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION**

---

# FICHE D'INSCRIPTION & RENSEIGNEMENTS FAMILLE

## Séjours de vacances / répit



### ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT AVEC HANDICAP :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Handicap / Difficultés :  
.....  
.....

### PÈRE :

Nom ..... Prénom .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Profession : .....

### MÈRE :

Nom ..... Prénom .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Profession : .....

### FRÈRES & SOEURS :

NOM	PRÉNOM	ÂGE	PRIS EN CHARGE LORS DU SÉJOUR * (OUI OU NON)

\* Fratrie pris en charge entre 5 et 15 ans.

### MEMBRES PRÉSENTS LORS DU SÉJOUR :

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ

# HÉBERGEMENT

En fonction de la composition de votre famille, vous serez accueillis :

- De 2 à 4 personnes en T2
- Plus de 4 personnes en T1 + T2 (non communiquant)

## Types de couchages :

T1 : Studio avec lit double (160 x 200)

T2 : 1 chambre lit double (160 x 200) + clic-clac (140 x 190)

Nécessité d'un lit d'appoint :  OUI  NON

(Le linge de lit et de toilette sont fournis pour la semaine)

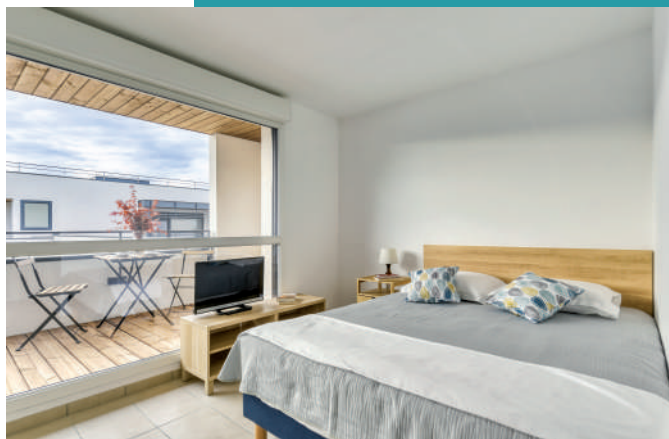
## Type de pensions :

Complète (petit déjeuner + déjeuner + dîner)

- Le samedi, les appartements doivent être libérés entre 10h et 12h.
- Un service de conciergerie est à votre disposition.
- Si vous souhaitez réserver la nuit du samedi, la nuitée est à la charge de la famille (150€).
- Si vous souhaitez, venir le dimanche soir, la nuitée est à la charge de la famille (150€).

Avez-vous besoin d'une place de parking ?  OUI  NON

## A PALAVAS-LES-FLOTS



## A NOTRE DAME DE LA GARDIOLLE





**PARTIE 2**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

---



# CONNAISSANCE DE L'ENFANT :

## Centres d'intérêts, en général :

Qu'est-ce que votre enfant aime faire ?


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

Qu'est-ce que votre enfant n'aime pas faire ?

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

## Centres d'intérêts, en détails :




### Activités manuelles

			
Aime-t-il le coloriage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il la peinture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il les jeux de construction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il d'autres jeux nécessitant une motricité fine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres activités / Observations ?

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

### Activités collectives/jeux plein air

			
Aime-t-il les jeux sportifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il les jeux de balle/ballon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il se baigner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




Quel est son jeu collectif préféré ?

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

Autre(s) activité(s) collective(s) ou de plein air qu'il aime ou qu'il n'aime pas ?

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

### Musique/comptine

			
Aime-t-il la musique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il le chant en groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que la musique le détend ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprécie-t-il les histoires ou les contes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations ?

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

## Orientation dans l'espace et dans le temps :

	OUI	AVEC AIDE PONCTUELLE	AVEC AIDE PERMANENTE	NON
Sait-il se repérer dans l'espace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il conscience du danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il un comportement sécuritaire adapté dans la rue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise-t-il un timer ou une montre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il un besoin d'un planning illustrant le déroulement de la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations ?

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

### Langage et communication :

	OUI	NON
Votre enfant est-il verbal (mots uniquement, composition de phrase, langage complexe) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communique-t-il avec les adultes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communique-t-il avec ses pairs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il un outil de communication augmentée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-il utilisé : à la maison, établissement, autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations ?		
.....		
.....		
.....		

### Aptitudes et mobilités :

	OUI	NON
Votre enfant est-il propre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va-t-il au WC tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille-t-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche-t-il correctement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il peur de l'eau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin de brassards ou de ceinture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporte-t-il les grands transports collectifs (bus, tramway...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporte-t-il les transports plus petits (voiture, minibus...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations ?		
.....		
.....		
.....		

### Particularités comportementales :

	OUI	NON
Votre enfant a-t-il des phobies (peur des chiens, du bruit, des motos...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des TOC ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des TIC ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des rituels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des troubles du comportement (se frappe, frappe les autres, fugue, lance des objets...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait-il gérer son stress, le non, l'échec, la frustration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait-il gérer ses émotions (peur, joie, colère...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations ?		
.....		
.....		
.....		

### Particularités sensorielles :

	OUI	NON
Votre enfant a-t-il une particularité olfactive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une particularité visuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une particularité tactile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une particularité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une particularité alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il d'autres particularités sensorielles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations ?		
.....		
.....		
.....		

## Régime alimentaire particulier :

### Concernant l'enfant

Votre enfant a-t-il une alimentation sélective ?

OUI

NON

Observations ?

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

Votre enfant a-t-il des allergies ?

OUI

NON

Observations ?

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

Votre enfant a-t-il un régime spécifique (Sans porc, Végétarien, Hallal...) ?

OUI

NON

Observations ?

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

### Concernant la famille

Avez-vous des allergies ?

OUI

NON

Observations ?

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

Avez-vous un régime spécifique (Sans porc, Végétarien, Hallal...) ?

OUI

NON

Observations ?

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

## CONDITIONS DE RÉSERVATION ET D'ANNULATION DU SÉJOUR BULLES DE RÉPIT

**Au moment de l'inscription, la famille versera 50% du reste à charge à la Fondation Saint-Pierre constituant des arrhes.**

**Dans le cas où la famille annulerait son séjour moins de 30 jours avant le début, les arrhes ne seront pas remboursées.**

### RÈGLEMENT DE L'ACOMPTE :

Je souhaite régler par :

Chèque

Virement bancaire

IBAN : FR76 1350 6100 0029 3004 0100 042

BIC : AGRIFRPP835

## PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

(tout dossier incomplet ne sera pas traité et vous sera retourné) :

- ✓ 1 photo d'identité
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- ✓ L'autorisation datée et signée autorisant l'établissement à hospitaliser l'enfant en cas d'urgence et à lui donner son traitement médical (si nécessaire)
- ✓ Les autorisations sorties, photos et film signées
- ✓ Un certificat médical pour les activités physiques
- ✓ Une copie du carnet de vaccination
- ✓ La fiche d'inscription dûment remplie
- ✓ Votre attestation de droit CAF

# AUTORISATION HOSPITALISATION ET DE PRISE DE TRAITEMENT

Je soussigné(e).....

responsable légal de .....

autorise

« Améthyste » :

A lui donner son traitement médical (joindre une copie de l'ordonnance avec le traitement).

A prendre toute mesure et notamment à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence dans l'établissement le plus proche.

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

## AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre du Programme Bulles de répit, nous sollicitons votre autorisation.

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de .....

Déclare / déclarons autoriser     Déclare ne pas autoriser / déclarons ne pas autoriser

la Fondation Saint-Pierre et Améthyste, à utiliser et à diffuser à titre gratuit et non exclusif les photos / images / films réalisés dans le cadre de l'activité citée ainsi que les photos / images / films réalisés par les équipes de Améthyste pour une diffusion en interne (à destination des familles). Les éléments mentionnés ont vocation à faire l'objet de représentation publique et de reproduction.

La représentation publique de ces éléments précités comporte notamment la communication de l'oeuvre au public par : projection publique, e-mailing, publipostage et documents imprimés, réseaux sociaux, site internet de la Fondation Saint-Pierre et Améthyste.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'exploitation des images / films. Les légendes accompagnants la reproduction ou la représentation de la ou des photographies ne devront pas porter atteinte à sa vie privée.

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

## AUTORISATION DE SORTIES

Je soussigné(e).....  
responsable légal de .....  
l'autorise à participer aux sorties organisées par Bulles de Répit dans le cadre des activités tant éducatives que ludiques.

**Fait à :** ....., **le** .....

**Signature du père :**

**Signature de la mère :**

**PARTIE 3**  
**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**FRATRIE**

---



# BULLETIN D'INSCRIPTION

PHOTO  
Récente

## ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Code postal : .....

N° de sécurité sociale : .....

Joindre une copie de l'attestation papier de la Carte Vitale ainsi qu'une copie de l'attestation de la mutuelle.

## ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Code postal : .....

N° de sécurité sociale : .....

Joindre une copie de l'attestation papier de la Carte Vitale ainsi qu'une copie de l'attestation de la mutuelle.

## ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT 3 :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Code postal : .....

N° de sécurité sociale : .....

Joindre une copie de l'attestation papier de la Carte Vitale ainsi qu'une copie de l'attestation de la mutuelle.

## REPRÉSENTANT LÉGAL :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse postale : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone portable : .....

Email : .....

# AUTORISATION HOSPITALISATION ET DE PRISE DE TRAITEMENT

Je soussigné(e).....  
responsable légal de .....  
autorise la Directrice du programme « Bulles de répit » à prendre toute mesure et notamment à hospitaliser  
mon enfant en cas d'urgence dans l'établissement le plus proche.

autorise « Améthyste » :

A lui donner son traitement médical (joindre une copie de l'ordonnance avec le traitement).

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

## AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre du Programme Bulles de répit, nous sollicitons votre autorisation.

Je soussigné(e) .....

responsable légal de .....

Déclare / déclarons autoriser  Déclare ne pas autoriser / déclarons ne pas autoriser

la Fondation Saint-Pierre et Améthyste, à utiliser et à diffuser à titre gratuit et non exclusif les photos / images / films réalisés dans le cadre de l'activité citée ainsi que les photos / images / films réalisés par les équipes de Améthyste pour une diffusion en interne (à destination des familles). Les éléments mentionnés ont vocation à faire l'objet de représentation publique et de reproduction.

La représentation publique de ces éléments précités comporte notamment la communication de l'oeuvre au public par : projection publique, e-mailing, publipostage et documents imprimés, réseaux sociaux, site internet de la Fondation Saint-Pierre et Améthyste.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'exploitation des images / films. Les légendes accompagnants la reproduction ou la représentation de la ou des photographies ne devront pas porter atteinte à sa vie privée.

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

## AUTORISATION DE SORTIES

Je soussigné(e).....  
responsable légal de .....  
l'autorise à participer aux sorties organisées par Bulles de Répit dans le cadre des activités tant éducatives que  
ludiques.

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1) MINEUR ACCUEILLI :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

DATE DU SÉJOUR : .....

## 2) VACCINATIONS :

Le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et le prénom du mineur concerné.

VACCINS* OBLIGATOIRES AVANT JANVIER 2018	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq	

### Pour information, voici les vaccins obligatoires après Janvier 2018 :

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Coqueluche
- Méningocoque C
- Hépatite C
- Haemophilus influenzae de type b (HIB)
- Pneumocoque
- ROR

\* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans.

## 3) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI :

Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : .....		
Allergies médicamenteuses ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : .....		
Autres allergies ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : .....		
Asthme ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Diabète?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Épilepsie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Précisez : .....		

Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?

OUI

NON

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une pochette avec leur emballage d'origine et la notice marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ?

OUI NON

Précisez :

.....

Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération...)

:

.....

.....

#### 4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS :

L'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ... ?

.....

.....

#### 5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR :

Nom ..... Prénom .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Fait à : ....., le .....

Signature du père :

Signature de la mère :

Signature du représentant légal :

« Lu et approuvé » :

Veillez remplir les documents demandés minutieusement et lisiblement en n'oubliant pas d'y joindre ces documents obligatoires :

- Une photo d'identité
- Une copie de l'attestation de Carte Vitale + attestation mutuelle
- Une copie du carnet de vaccination
- Une attestation assurance civile

Si séjour pendant l'été :

- Prévoir un maillot de bain
- Bonnet
- Serviette
- Casquette
- Lunettes de soleil
- Crème solaire

Pour toutes informations :

**Émilie THOMAS**

**06 69 63 21 99**

**[contact@bullesderepit.fr](mailto:contact@bullesderepit.fr)**



**Fondation  
Saint-Pierre**