

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

HANDIRÉPIT 24

Date de la demande :

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

DEMANDE

Vous souhaiteriez du répit : Ponctuellement Régulièrement

Quelles modalités souhaitez-vous ?

Accueil temporaire hors période de vacances
scolaires :

à la journée

avec nuit

Relais à domicile

Séjour durant les vacances scolaires

à la journée

avec nuit

Autre :

ENFANT OU JEUNE ADULTE CONCERNÉ

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Titulaire de l'autorité parentale : Père Mère Autre :

Handicap(s) / Diagnostic(s) posé(s) (lequel, où, quand, qui) :

Établissement(s) ou service(s) fréquenté(s) :

Notification MDPH : OUI NON

Si OUI, laquelle/lesquelles :

L'enfant ou le jeune adulte verbalise ses demandes : OUI NON

Moyen(s) de communication utilisé(s) :

La personne est dans l'échange : OUI NON

AUTONOMIE :

• **Repas :** Seul Avec stimulation Avec aide Ne fait pas seul

• **Hygiène/Toilette :** Seul Avec stimulation Avec aide Ne fait pas seul

• **WC :** Seul Avec stimulation Avec aide Ne fait pas seul

• **Déplacements :** Seul Avec stimulation Avec aide Ne fait pas seul

• **Orientation dans l'espace :** Seul Avec stimulation Avec aide Ne fait pas seul

• **Orientation dans le temps :** Seul Avec stimulation Avec aide Ne fait pas seul

Traitement médicamenteux : OUI NON

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON

PRÉCISEZ :

MODALITÉS DE TRANSPORT : Les parents ou aidants peuvent-ils assurer le transport vers le lieu d'accueil de répit ? OUI NON

ÉQUIPE AUTOUR DE VOUS ET DE LA PERSONNE

• Intervenant socio-éducatif :

Nom :

Prénom :

Email :

Tel :

• Responsable service éducatif :

Nom :

Prénom :

Email :

Tel :

• Référent ASE :

Nom :

Prénom :

Email :

Tel :

• Accompagnateur professionnel (assitant de vie...) :

Nom :

Prénom :

Email :

Tel :

• **Autre :**

Nom :

Prénom :

Email :

Tel :

• **Mesure de protection :**

Curatelle :

Tutelle :

Habilitation familiale :

Prénom/Nom :

Email :

Tel :

Prise(s) en charge en cours (orthophonie, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute ...) :

.....

.....

Prise(s) en charge en attente :

.....

.....

Comportements / traits de caractère / personnalité :

.....

.....

Centres d'intérêts :

.....

AUTORISATION(S) :

Je soussigné , responsable légal de l'enfant/jeune adulte
concerné par la demande **AUTORISE** **N'AUTORISE PAS** Handirépit 24 à recueillir les
informations utiles et nécessaires à l'organisation du répit et à entrer en contact avec les
partenaires (MDPH, établissement(s) fréquenté(s) ...)

SIGNATURES :

LA DEMANDE EST À ADRESSER PAR MAIL À :
handirepit24@epnak.org

SUITES DONNÉES PAR LA PLATEFORME :