

# AEP

Association d'Éducation Populaire  
Volcana et Île aux enfants

## **CURES THERMALES 2020** **Curistes de 3 à 17 ans**

**Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire**  
**A.E.P. « ILE AUX ENFANTS »**  
**41, Rue Henri Pourrat - 63150 LA BOURBOULE**

**ETE 1 : dimanche 28 juin / samedi 18 juillet 2020**

**ETE 2 : dimanche 19 juillet / samedi 08 août 2020**

**ETE 3 : dimanche 09 août / samedi 29 août 2020**

**Toussaint : dimanche 11 octobre / samedi 31 octobre 2020**

**Demande/téléchargement du dossier d'inscription :**

**Mail : [contact@aep63150.com](mailto:contact@aep63150.com)**

**Site : [www.aep63150.com](http://www.aep63150.com)**

**Envoi du dossier à : AEP VOLCANA & ILE AUX ENFANTS**  
**Service admissions - BP 27 - 63150 LA BOURBOULE**

**M.E.C.S. THERMALE « A.E.P. ILE AUX ENFANTS »**

Établissement de santé, exerçant une activité de Soins de Suite et de Réadaptation pour enfants et adolescents,  
autorisé par l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne et certifié par la Haute Autorité de Santé

**TEL : 04 73 81 30 60**  
**N° FINESS : 63 078 14 33**

**FAX : 04 73 81 30 65**  
**Code DMT VR : 189**

**[www.aep63150.com](http://www.aep63150.com)**  
**Code DMT DER : 194**



## MODALITÉS D'INSCRIPTION

Madame, Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de renseignements concernant l'éventuel séjour en cure thermale de votre enfant, et vous informons que nous aurions le plaisir de l'accueillir en 2020 dans notre Maison d'enfants « ILE AUX ENFANTS », pendant l'une des sessions figurant au calendrier « CURES THERMALES 2020 ».

Notre Maison Médicale spécialisée pour cures thermales, autorisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et certifiée par la Haute Autorité de Santé (HAS), a pour objectif d'assurer avec dévouement et sérieux le suivi médical de votre enfant pendant la cure thermale, afin de promouvoir notre projet éducatif : « associer santé et loisirs » tout en préservant un esprit convivial et chaleureux.

### **COÛT DU SEJOUR 2020 :**

Nous sommes agréés et conventionnés avec tous les régimes sociaux (Mutuelles, Caisses Agricoles, Caisses Militaires, M.G.E.N., etc.).

La cure thermale en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS) étant considérée comme une hospitalisation, elle peut être **prise en charge à 100% par vos organismes sociaux**.

À ce jour, sous réserve de modifications tarifaires :

- Avec une prise en charge à 80 % de votre Régime Général, et une prise en charge du ticket modérateur et/ou du forfait journalier de votre Mutuelle Complémentaire, **seul le « forfait pédagogique d'activités de loisirs 2020 » reste à votre charge** (cf page 05) ;
- Avec une prise en charge sécurité sociale à 80 %, si vous n'avez pas de mutuelle complémentaire, votre participation est égale au montant du forfait journalier, du ticket modérateur, et du forfait pédagogique stipulé ci-dessus.

### **DÉMARCHES :**

#### **I - DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

Votre médecin traitant ou spécialiste doit faire la demande auprès de votre organisme social en complétant l'imprimé « Questionnaire de prise en charge » (**page 02**) qu'il a en sa possession.

**Attention, deux cases doivent impérativement être cochées OUI par le médecin :**

- « l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ? » ;
- « s'il s'agit d'un enfant, son placement en maison d'enfants est-il demandé ? ».

**Aussi, le médecin doit renseigner** l'orientation thérapeutique correspondant aux pathologies de votre enfant : « **VR** » pour les voies respiratoires, ou « **DER** » pour la dermatologie, ou les deux (« **VR – DER** ») ou (« **DER – VR** »).

**Après avoir complété la partie qui vous concerne, cet imprimé est à transmettre à votre Caisse afin qu'elle vous délivre la prise en charge ou vous signifie son refus.**

# MODELE TYPE QUESTIONNAIRE DE PRISE EN CHARGE



No 11139\*02

## cure thermale questionnaire de prise en charge

à adresser à votre  
organisme d'affiliation

### l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale

#### ● l'assuré(e)

n° d'immatriculation \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_  
nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) \_\_\_\_\_  
adresse \_\_\_\_\_  
code postal \_\_\_\_\_  
s'agit-il d'un accident causé par un tiers ?      oui      date \_\_\_\_\_      non

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.  
Si votre médecin vous prescrit une cure, il vous remettra ce formulaire

#### ● le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

nom \_\_\_\_\_  
prénom \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_

#### ● le nombre de cures déjà effectuées (facultatif - indiquer les 3 dernières)

année(s) \_\_\_\_\_  
station(s) \_\_\_\_\_  
orientations \_\_\_\_\_

### le prescripteur

je, soussigné(e), certifie que **NOM et prénom de l'enfant**  
est atteint d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée ci-dessous  
**1<sup>ère</sup> orientation "VR" ou "DER"**  
station prescrite **"LA BOURBOULE"**  
un traitement thermal annexe est-il justifié dans une autre orientation de la station      oui      non  
si oui, laquelle ?      **(2<sup>ème</sup> orientation) "VR" ou "DER"**

#### ● mentions spéciales

l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ?      ~~X~~      oui      non  
s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ?      ~~X~~      oui      non  
la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L 324-1) ?      oui      non  
dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ?      oui      non  
est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ?      oui      non  
si oui, numéro de l'AT/MP ou date \_\_\_\_\_  
est-elle en rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ?      oui      non

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour

signature de l'assuré(e) \_\_\_\_\_ signature du médecin \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_ cachet du médecin \_\_\_\_\_

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 44-1 du Code Pénal)

La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3185b

# LISTE DES DOCUMENTS À NOUS RENVoyer

- la fiche d'inscription (**page 04**) dûment complétée recto-verso (**renseigner tous les champs demandés**), en indiquant bien les 2 options de dates, **sans oublier de dater et de signer** ;
- 4 photos d'identité (1 sur la fiche d'inscription, 1 sur le recueil de données, 1 sur le questionnaire médical, + 1 pour le service infirmier) ;
- la photocopie d'une pièce d'identité de l'enfant recto/verso (carte d'identité ou passeport ou livret de famille) ;
- le questionnaire médical (**page 12**), dûment **complété, signé et tamponné** par **votre médecin traitant ou spécialiste** ;
- le recueil de données (**page 06**) complété recto/verso et signé **par vos soins** ;
- **l'attestation de droits sécurité sociale** ;
- la photocopie de votre **carte mutuelle recto/verso** ou de **l'attestation CMU valide pour la durée de la cure** ;
- l'attestation de votre assurance responsabilité civile ;
- 20 timbres pour la participation aux frais administratifs (*envois des documents relatifs à la cure, envois des factures aux organismes sociaux en LRAR à l'issue de la cure*) ;
- l'imprimé « Règles de vie cures thermales 2020 » (**page 08**) signé par vous et votre enfant ;
- l'imprimé « Droit à l'image 2020 » (**page 10**) ;
- un chèque de caution à l'ordre de la MECS ILE AUX ENFANTS de **155,00 €**, qui ne sera pas encaissé ;
- un chèque en règlement du **forfait pédagogique d'activités de loisirs**, dépendant de votre Quotient Familial (nous joindre une attestation CAF récente, de moins de 2 mois), selon le barème suivant :

	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4
Tranches de QF	0 € à 399 €	400 € à 599 €	600 € à 750 €	+ 751 €
Tarifs applicables	90 €	120 €	150 €	190 €

- un chèque en règlement du convoi le cas échéant, en indiquant bien au dos du chèque le nom et prénom de votre enfant (cf tarifs du convoi au dos de la fiche d'inscription, page 05, **ATTENTION : nouveaux tarifs**) ;
- l'autorisation de convoi si option « convoi » prise (**page 11**) ;
- la prise en charge de cure thermale que vous aura délivrée votre organisme social (**volets 1 et 2 originaux**) ;
- la prise en charge hospitalière (à demander 1 mois avant la cure à votre mutuelle ; pour cela, préciser notre n° finess : 63 078 14 33 ; code DMT VR : 189 ; code DMT DER : 194 ; code DMT TDE : 832 ; n° de fax : 04 73 81 30 65) ;
- la fiche récapitulative d'informations qui vous sera envoyée 1 mois avant la cure, avec les derniers renseignements.

**!! ATTENTION !!** : l'inscription de votre enfant n'est définitive qu'une fois que nous avons reçu le dossier d'inscription complet par voie postale, et après validation du questionnaire médical par notre Comité Médical et du recueil de données par la Direction, sous réserve qu'une place soit toujours disponible.

**CONDITIONS D'ANNULATION DE LA CURE** : si l'annulation de la cure intervient moins d'un mois avant le début de la session, les frais déjà engagés ne seront pas remboursés (sauf présentation justificatif médical).

À l'entrée en cure, merci de bien vouloir apporter le certificat médical datant de moins de 4 jours et le trousseau, qui vous seront envoyés avec la fiche récapitulative d'informations 20 jours avant la cure (+ carnet de santé de l'enfant).

Vous pouvez d'ores et déjà consulter le trousseau sur notre site internet [www.aep63150.com](http://www.aep63150.com), dans l'onglet « Cures Thermales », sous-onglet « Documents à télécharger ».

Nous restons bien entendu à votre entière disposition du lundi au vendredi au **04.73.81.30.60** ou par mail à l'adresse : [contact@aep63150.com](mailto:contact@aep63150.com).

Nous espérons faire la connaissance de votre enfant, et vous assurons que nos équipes soignantes et éducatives mettront tout en œuvre pour que son futur séjour lui soit bénéfique.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de notre entier dévouement.



## FICHE D'INSCRIPTION 2020

**CURE THERMALE 1<sup>er</sup> choix : du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / 2020**

Merci d'indiquer un 2<sup>ème</sup> choix de cure thermique (obligatoire), dans le cas où votre premier choix ne pourrait être satisfait : du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / 2020

**Photo  
d'identité  
obligatoire**

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**Date de Naissance :**

**Âge :**

**Sexe :**  Garçon  Fille

### RESPONSABLE(S) LÉGAL(LÉGAUX) du curiste

**Nom :**

**Prénom :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse complète :**

**Code postal :**

**Ville :**

**Tél. fixe :** / / / /

**Portable :** / / / /

**Adresse électronique :** ..... @ .....

### Titulaire(s) de l'autorité parentale :

Père  Mère  Autre (préciser le lien avec l'enfant) : .....

Suivi par un assistant social :  OUI  NON

Décision de justice :  OUI  NON

(Si oui, joindre la fiche de suivi social complétée)

**Nom & Prénom de l'assuré social :** .....

### SÉCURITE SOCIALE

**Caisse d'affiliation :** .....

**N° Matricule :** .....

**Adresse de l'organisme :** .....

.....

**Téléphone** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**FAX** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### MUTUELLE

**Nom Mutuelle :** .....

**N° d'adhérent :** .....

**Adresse Mutuelle :** .....

.....

**Téléphone** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**FAX** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE LA CURE

**Nom & Prénom :** .....

**Adresse complète :** .....

.....

Généraliste :  Oui  Non

Spécialité : .....

**Téléphone** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**FAX** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### MÉDECIN TRAITANT de l'enfant

(si différent du médecin prescripteur)

**Nom & Prénom :** .....

**Adresse complète :** .....

.....

Généraliste :  Oui  Non

Spécialité : .....

**Téléphone** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**FAX** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

## FORFAIT PÉDAGOGIQUE D'ACTIVITÉS DE LOISIRS 2020

**Ateliers sportifs / Animations nature / Interventions spécialisées / Matériel consommable**

Cette somme forfaitaire correspond aux dépenses engagées dans le cadre des ateliers proposés à l'ensemble des curistes durant leur séjour, et notamment les après-midi et/ou les soirées. Ce forfait est calculé sur l'estimation des dépenses prévisionnelles, (puisqu'il intègre également une partie des salaires des intervenants, une partie des coûts d'amortissement des équipements, la location de véhicule, etc.). Enfin, il n'y aura pas d'incidence de coût du forfait en fonction de la modification de la durée (interruption pour des raisons médicales) ou la nature (contre-indication médicale à la pratique d'un atelier) du séjour du curiste.

### ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (joindre obligatoirement l'attestation)

NOM de votre assurance : . . . . .

N° de sociétaire : . . . . .

Adresse de l'assurance : . . . . .

Téléphone \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

FAX \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### **OPTION CONVOI « PARIS / LA BOURBOULE » / « LA BOURBOULE / PARIS »**

**Nous organisons un accompagnement, en TRAIN et en BUS avec nos moniteurs. Si vous êtes intéressé par cette option\*, merci de cocher ci-dessous les cases qui vous conviennent :**

2020	CONVOI		TARIFS 2020	
	oui	non	Curistes de moins de 11 ans	Curistes de 11 ans et plus
Aller & Retour			150 €	195 €
Aller seul			125 €	170 €
Retour seul				

**\*jusqu'à 60 jours avant le début du séjour (et ensuite sous réserve des places disponibles)**

**ATTENTION : pas de remboursement en cas d'annulation du convoi**

Je soussigné, responsable légal de l'enfant sus visé, demande à la direction de la M.E.C.S. « AEP ILE AUX ENFANTS » l'admission de mon enfant. Je m'engage à régler les dépenses non couvertes par la prise en charge Sécurité Sociale (forfait journalier, frais de pharmacie ou de soins sans rapport avec le traitement thermal), ainsi que l'intégralité du ticket modérateur si je n'ai pas fourni la preuve de la prise en charge de celui-ci par mon régime complémentaire, et je verse ce jour la somme de 155 € de caution.

### **Autorisation parentale obligatoire pour l'admission :**

J'autorise le médecin responsable de l'établissement à demander ou pratiquer les examens jugés nécessaires et à prendre toutes dispositions exigées par l'état de santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation avec intervention chirurgicale, après en avoir été informé dans toute la mesure du possible. J'autorise l'établissement à prendre en charge l'enfant à sa sortie de l'hôpital. De plus, j'autorise toutes les activités sportives et autres (nature, ateliers,...) proposées durant le séjour et j'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure (utilisation de moyens de transport si besoin).

Fait à . . . . . Le \_\_ / \_\_ / \_\_

### **Signature du responsable légal (obligatoire)**

**(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :**

..... Signature :



**Photo  
d'identité  
obligatoire**

## RECUEIL DE DONNÉES 2020

(à compléter par la famille de l'enfant)

**Cure du \_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/2020**

**NOM de l'enfant :** ..... **Prénom :** ..... **Âge :** .....

INDICATION DE CURE (orientation thérapeutique) : ..... NOMBRE DE CURE(S) DEJA EFFECTUÉE(S) : .....

À la Bourboule :  oui  non En MECS :  oui  non Si oui, laquelle: .....

L'état de santé de votre enfant s'est-il amélioré depuis la dernière cure?  oui  non

Commentaires: .....

**1) Situation familiale :** Marié(e)/ Pacsé(e)  Concubinage  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

Nombre de frères et sœurs : ..... Effectue(nt)-il(s) une cure thermale actuellement ?  oui  non

Si oui : nom et prénom de(s) l'enfant(s) : ..... Nom de la MECS : .....

nom et prénom de(s) l'enfant(s) : ..... Nom de la MECS : .....

**Décès dans la famille :**  OUI  NON Si oui, préciser: .....

Commentaires : .....

Existe-t-il ?	dans la famille du père ?	dans la famille de la mère ?	chez les frères et sœurs ?
de l'eczéma :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2) Environnement :

L'enfant habite-t-il : à la campagne ?  à la montagne ?  à la mer ?  en ville ?

Dans une agglomération: petite ?  moyenne ?  grande ?

Mode d'habitat : individuel  collectif  neuf  rénové  ancien

Y a-t-il des : rivières ?  espaces verts ?  usines ?

Animaux domestiques ?  OUI  NON Préciser : .....

Les proches de l'enfant sont-ils fumeurs ?  OUI  NON

### 3) Recueil de données de l'enfant :

#### • ALIMENTATION

L'enfant a-t-il bon appétit ?  OUI  NON .....

L'enfant mange-t-il de tout ?  OUI  NON .....

L'enfant mange-t-il seul ?  OUI  NON Si non, préciser: .....

A-t-il une pratique religieuse ?  OUI  NON Si oui, préciser: .....

A-t-il un régime alimentaire religieux?  OUI  NON Si oui, préciser: .....

**Attention : seuls les régimes allergiques et médicaux indiqués par le médecin dans le questionnaire médical seront pris en compte et dans la mesure du possible, certains régimes type culturels ou cultuels.**

• HYGIENE / HABILLAGE

- L'enfant se lave-t-il tout seul ?  OUI  NON .....
  - L'enfant se lave-t-il les dents tout seul ?  OUI  NON .....
  - L'enfant s'habille-t-il tout seul?  OUI  NON .....
- Si non, préciser : .....

• APPAREILLAGE

- Lunettes ?  OUI  NON .....
- De manière permanente ?  OUI  NON Si non, préciser : .....
- Lentilles ?  OUI  NON .....
- Canne blanche?  OUI  NON .....
- Appareil dentaire ?  OUI  NON .....
- Semelles orthopédiques, prothèses ?  OUI  NON .....
- Corset ?  OUI  NON .....
- Bouchons d'oreilles ?  OUI  NON .....
- Appareil auditif ?  OUI  NON .....
- Béquilles, attelle ?  OUI  NON .....
- Fauteuil roulant ?  OUI  NON .....

• ELIMINATION

- Couches ?  OUI  NON  JOUR  NUIT
- Enurésie (pipi au lit) ?  OUI  NON .....
- Si oui, lever nocturne ?  OUI  NON Si oui, préciser : .....
- Incontinence fécale ?  OUI  NON .....
- Constipation ?  OUI  NON .....
- Menstruations ?  OUI  NON .....
- Si oui, sont-elles régulières?  OUI  NON
- Durée moyenne : .....

• TRAITEMENTS

- L'enfant connaît-il son traitement ?  OUI  NON Le prend-il tout seul ?  OUI  NON

• COMPORTEMENT

- L'enfant est-il déjà parti sans ses parents?  OUI  NON .....
- L'enfant est-il habitué à la collectivité?  OUI  NON .....
- Comportement en collectivité (joyal, timide, turbulent, anxieux...): .....
- L'enfant dort-il bien ?  OUI  NON
- Combien de temps : .....
- Si non, préciser (difficultés d'endormissement, réveil nocturne, cauchemars...) : .....

• SCOLARITÉ

- Classe de l'enfant : ..... Nom de l'établissement : ..... N° tél : .....
- Nom du professeur des écoles ou principal : .....
- Classe :  maternel  primaire  collège  lycée  IME/IMP/IMPRO  CLISS  Autres : .....

• ACTIVITÉS SPORTIVES

- L'enfant pratique t-il une/(des) activité(s) extra-scolaire(s) ?  OUI  NON
- Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ? .....

**Nom du responsable légal :**

**Cachet de la MECS :**

**Signature du Directeur MECS :**

**Signature :**

## REGLES DE VIE – M.E.C.S. ILE AUX ENFANTS

*Pour que chacun trouve sa place, il est indispensable que chacun (enfant, jeune, adulte) respecte l'autre.*

### Les thermes :

- **Effectuer intégralement et correctement tous les soins prescrits par le médecin responsable (quantité, qualité, ordre et durée...).** C'est la principale raison de votre séjour, d'où un contrôle de plus en plus strict du personnel des thermes, de l'équipe médicale et pédagogique.
- **Avoir une tenue vestimentaire adéquate :** bonnet, écharpe, veste ou pull, **maillot de bain, sandalettes et charlotte (spécifiques pour la cure).** Si un curiste, ou une curiste, n'était pas équipé en conséquence (ne pas oublier les mouchoirs en papier), la Direction de l'AEP s'autorise à faire les achats nécessaires, et ce, aux frais de la famille.
- **Le non-respect du personnel thermal, des appareils de soins ou des curistes des autres maisons d'enfants entraînerait l'arrêt de la cure (c.f. sanctions & comportements violents).**

### Les soins dans la maison d'enfants :

- **Effectuer intégralement et correctement tous les soins prescrits par les médecins ou les infirmières : soins complémentaires ainsi que les traitements de fonds, peak-flow...**
- **Respecter les horaires de l'infirmerie, des visites médicales...**
- **Participer aux différents ateliers d'éducation à la santé encadrés et animés par les équipes médicales. Ateliers spécifiques en lien avec la pathologie et l'éducation à la santé en vue d'un projet individualisé de l'enfant ou du jeune accueilli.**
- **Effectuer les séances de réentraînement à l'effort encadrées et animées par l'éducateur médico-sportif dans le cadre de l'hospitalisation.**

### Le repos médicalisé :

- **Obligatoire pour tous les curistes.** Ce repos allongé d'une heure trente environ (dans un calme complet), permet de récupérer. Ce temps à respecter est demandé par les Médecins et est une continuité des soins. Il est donc la condition sine qua non pour la participation aux temps de loisirs (après-midi et soirée).

**Enfin, le coucher (pour les préados, comme pour les ados), se fera au plus tard à 22h (lever tôt les matins pour aller à la cure). Toutefois, l'équipe médicale se réserve le droit de demander à un jeune de se coucher plus tôt si son état de santé (ou de fatigue) le nécessite !**

**Les curistes qui ne seraient pas en total accord avec ce préambule n'ont pas leur place dans notre Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire pour cure thermale.**

### Respect des locaux / du matériel

**Les curistes circulent UNIQUEMENT en chaussons dans la maison** (bien respecter l'inventaire donné lors de l'inscription) et disposent de casiers où ranger les chaussures. Les blousons seront accrochés aux patères du préau. Rangement des chambres tous les débuts d'après-midi (le ménage ne sera fait que dans ce cas).

Systématiquement, après chaque activité, un temps rangement sera également prévu. Les curistes sont associés au débarrassage des tables à la fin des repas.

Les chambres doivent être systématiquement en ordre, les lits aérés puis faits quotidiennement. Chacun est responsable de l'entretien. **Pas de nourriture ou de boisson dans les chambres.**

**En cas de dégradation involontaire, les parents sont informés et leur responsabilité civile est engagée. Si le, ou la, curiste dégrade délibérément du matériel (ou des locaux), la responsabilité pénale du jeune sera engagée.**

## Le linge

---

Le linge est ramassé quotidiennement, lavé, séché puis plié, ensuite rendu dans des paniers dans les chambres. **Le lavage étant collectif et le séchage se faisant obligatoirement au sèche-linge, nous préconisons aux familles de ne pas mettre à l'inventaire des vêtements fragiles et/ou de valeur. Il n'est pas possible que les curistes lavent eux-mêmes leur linge, ceci pour des raisons d'hygiène et d'organisation.**

## Affaires personnelles

---

Les objets électroniques (portable, console portable type DS, etc.) ou de valeur doivent être remis à l'arrivée aux moniteurs référents qui en sont garants durant le séjour. Ces derniers seront à la disposition des curistes sur des temps préalablement définis. **Il est préférable de ne pas avoir d'objet (ou vêtement) de très grande valeur. La maison décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'un objet non confié.**

**Toute la nourriture et les boissons sont OBLIGATOIREMENT ramassées et rendues pendant les temps préalablement définis avec l'équipe pédagogique. AUCUNE NOURRITURE n'est admise dans les chambres pour des raisons D'HYGIENE ET DE SECURITE.**

## Argent de poche

---

Confié à la direction (quel que soit l'âge du jeune), il est disponible auprès du moniteur référent avant les sorties villes. Si en cours de séjour, de l'argent doit être envoyé au curiste, la Direction doit en être informée. Une fiche de suivi d'argent de poche est mise en place et nous demandons à l'enfant/jeune de remplir celle-ci. Nous conseillons également aux jeunes de récupérer tous les justificatifs de paiement ou tickets de caisse afin de leur faciliter la gestion de cet argent de poche.

## Suivi scolaire

---

La MECS propose un suivi scolaire pour la session de TOUSSAINT. Merci de **nous faire parvenir le travail** que devra effectuer le jeune durant son séjour **(ou de nous mettre en relation avec l'établissement scolaire de ce dernier)**, au plus tard le 2<sup>ème</sup> jour de la cure.

ATTENTION, depuis la saison 2012, les « sorties villes » se font en présence de nos moniteurs, et ce pour tous les jeunes (même les + 16 ans).

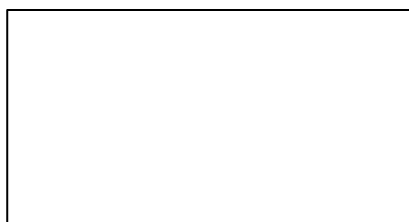
**Comportements violents et conduites addictives: Les comportements violents (physiques, verbaux) et les conduites addictives (tabac, drogue, alcool) ne sont pas tolérés. En cas de situation de conflit, le recours au tiers (faire intervenir un adulte référent), permettra aux antagonistes d'éviter cette dérive, et donc l'exclusion !**

**Le non-respect de ces règles de vie nous oblige à avertir les parents. En cas de récidives et selon la gravité de la transgression le (ou la) curiste est exclu(e). La direction, informe la famille et exige de cette dernière la mise en place d'un rapatriement IMMEDIAT du jeune. Le retour est à la charge de ce dernier (ou de son responsable légal). ATTENTION : La cure dans ce cas peut ne pas être remboursée. Le non-respect de l'autre (atteinte physique ou psychologique), ou de soi-même, dans nos maisons d'enfants, aux thermes ou lors des sorties extérieures entraîne les mêmes sanctions (information famille, puis exclusion).**

**Signature du responsable  
légal du curiste :**

**Signature du curiste :**

**Signature de la Direction :**



## DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités au sein de la MECS « ILE AUX ENFANTS », des vidéos et/ou photos de votre enfant peuvent être prises et être utilisées à des fins pédagogiques (reportage photos, livret souvenir...).

Je soussigné(e), M/Mme ....., responsable légal de l'enfant .....

Autorise l'équipe pédagogique à photographier ou à filmer mon enfant, dans le cadre de son séjour thermal, puis la diffusion de ces épreuves (films ou photos) **au sein de la structure et sur le BLOG de l'association (accès privé strictement réservé aux familles des curistes)**:

OUI     NON

Autorise l'équipe pédagogique à photographier ou à filmer mon enfant, dans le cadre de son séjour thermal, puis la diffusion de ces épreuves (films ou photos) via les outils de **communication externe de l'association (plaquettes, Facebook, journal...)** :

OUI     NON

Fait à .....

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature du ou des responsables légaux :**



## AUTORISATION DE CONVOI 2020

Je soussigné(e) M./Mme .....,

responsable de l'enfant .....,

autorise la Direction de la Maison d'Enfants ILE AUX ENFANTS à organiser et encadrer le convoi de mon enfant :

de PARIS à LA BOURBOURLE, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

et de LA BOURBOURLE à PARIS, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Je m'engage à verser la somme correspondant aux frais du convoi.

Je communique le n° de portable de la personne joignable au moment :

- du départ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- du retour : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Je communique le n° de portable d'une tierce personne si je ne suis pas joignable :

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fait à ....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Signature du ou des responsables légaux :**

**Si ce n'est pas les parents (ou le représentant légal) de l'enfant qui vient le chercher en fin de séjour à la gare de PARIS, veuillez compléter la partie ci-dessous.**

Je soussigné(e), M./Mme .....

donne à la Direction de la Maison d'enfants ILE AUX ENFANTS l'autorisation de laisser partir mon enfant .....

à la fin de son séjour en cure, soit le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

avec M./Mme .....

N° portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je décharge de toute responsabilité la Direction de la Maison d'Enfants ILE AUX ENFANTS.

Fait à ....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Signature précédée de la mention  
« Bon pour décharge » :**





## QUESTIONNAIRE MÉDICAL 2020

**à faire compléter par le médecin de l'enfant**

**Photo  
d'identité  
obligatoire**

Ce questionnaire médical est confidentiel : il est destiné à l'usage exclusif de la M.E.C.S. dans le cadre de son activité professionnelle. Il sera conservé dans le dossier patient.

À réception, ce questionnaire sera examiné par la commission médicale afin de hiérarchiser les demandes d'hospitalisation, c'est pourquoi **nous vous demandons de remplir de manière la plus complète possible ce document.** L'équipe médicale vous remercie par avance de votre collaboration.

**Cure thermale du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / 2020**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
Date de naissance : ..... âge : .....  
Poids:..... Taille:..... IMC:.....  
Groupe sanguin:..... Rhésus:.....  
ALD:  Oui  Non **Si oui, pour quelle pathologie?.....**  
CMU:  Oui  Non  
Combien l'enfant a-t-il effectué de cures thermales ? :  
Nombres:  0  1  2  3  plus (précisez):.....

**Cachet du médecin prescripteur :**  
(nom, prénom, adresse, n° Finess et spécialité)

### ORIENTATION(S) THÉRAPEUTIQUE(S)

**1<sup>ère</sup> orientation :**  VR  DER  TDE  AMB  
**2<sup>ème</sup> orientation :**  VR  DER  TDE  AMB

**Attention: l'orientation thérapeutique choisie doit correspondre avec la demande de prise en charge de sécurité sociale**

### **INDICATIONS MOTIVANT LA CURE (numérotées par ordre d'importance)**

Voies Respiratoires (VR)	DERmatologie (DER)
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Sinusites <input type="checkbox"/> Otites <input type="checkbox"/> Rhinites <input type="checkbox"/> Angines/rhinopharyngites <input type="checkbox"/> Laryngites <input type="checkbox"/> DDB <input type="checkbox"/> Bronchites	<input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Séquelles de brûlure <input type="checkbox"/> Psoriasis

VR

#### **ASTHME:**

Caractère  per annuel  saisonnier  
Épisodes aigus :  mensuel  trimestriel  annuel  
Déclenchement :  allergique  infectieux  à l'effort  inflammatoire non allergique  
Gravité :  bénin  sévère  hospitalisation nécessaire  
Trouble obstructif permanent :  OUI  NON

#### **AFFECTIONS ORL :**

##### **Rhinites/sinusites**

allergiques  inflammatoires non allergiques ou infectieux  
inflammatoires  
 per annuelles  saisonnières  occasionnelles (contact allergique)

##### **Otites** gauche droite

OMA récidivantes  
 hypoacousie  otites séro-muqueuses chroniques  
 appareillage auditif

#### **PATHOLOGIES ASSOCIÉES:**

Conjonctivites  Trachéites spasmodiques  Autre : .....

## DER

**ECZÉMA:**  Atopique  Contact

Etat des zones atteintes :

- Xérose       Suintement  
 Érythème     Croûte  
 Gonflement    Lichénisation

Périodicité : .....

**URTICAIRE:**

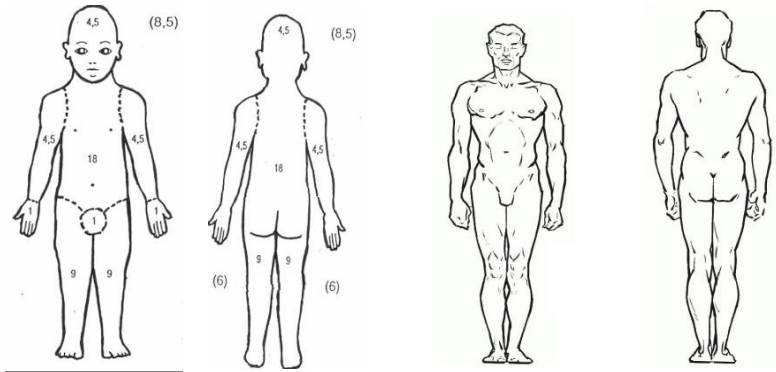
**SÉQUELLES DE BRÛLURE :**

**PSORIASIS:**

**ANTÉCÉDENTS DERMATOLOGIQUES:**

- Herpès       Prurigo  
 Impétigo     Ichtyose

Localisation et étendue:



Estimation des zones atteintes: \_\_\_\_\_ %

### **ANTÉCÉDENTS (ne motivant pas la cure)**

#### **A) Antécédents médicaux de l'enfant :**

Éczéma :  Oui  Non / Infections ORL à répétition :  Oui  Non / Bronchites :  Oui  Non

Varicelle :  Oui  Non      Autre : .....

L'enfant a-t-il eu une pose d'Aérateurs Trans-Tympaniques ?  Oui  Non

→ Si oui, l'enfant aura-t-il des ATT pendant sa cure ? Côté droit :  Oui  Non / Côté gauche :  Oui  Non

#### **B) Antécédents chirurgicaux de l'enfant :**

Végétations ?  Oui  Non      Date:      Appendicite?  Oui  Non      Date :

Amygdales ?  Oui  Non      Date:      Autre?.....      Date :

#### **C) Autres antécédents spécifiques de l'enfant :**

Troubles alimentaires :  Oui :.....  Non

Troubles sphinctériens :  Enurésie  Encoprésie

Troubles digestifs :  Douleurs abdominales récurrentes  Constipation

Autres troubles :  Trouble du sommeil  Hyperactivité  Troubles de l'attention  Impulsivité

Conduites addictives:.....

L'enfant a-t-il un Suivi Psychologique :  Oui  Non      \*Si oui :  Psychologue  Pédiopsychiatre

Coordonnées : .....

Informations complémentaires :

.....

.....

### **HANDICAPS**

Moteur       Visuel       Auditif       Mental

Précisez : .....

.....

#### **D) Examens complémentaires/consultations de spécialiste(s) récents :**

EFR (date de la dernière : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  Examen biologique       Bilan allergologue       Radio récente

Consultation(s) auprès d'un spécialiste       Hospitalisation       Autres bilans.....

**RADIOLOGIE :** Sinus :  Oui  Non      Poumons :  Oui  Non      Autre:  Oui  Non

**ORL :** Audiométrie :  Oui  Non      Tympanométrie :  Oui  Non

**(joindre une copie des résultats et des comptes rendus)**

## ALLERGIES

**A) L'enfant présente-t-il une allergie alimentaire ?**  Oui  Non

Allergènes	Réactions développées	Éviction stricte	Traces autorisées
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre régime alimentaire :  Oui  Non **\*Si oui, précisez:**.....

**B) L'enfant présente-t-il une allergie médicamenteuse ?**  Oui  Non

Substances	Réactions développées
.....	.....
.....	.....

**D) L'enfant présente-t-il une allergie respiratoire :**

- |                    |                              |                              |                 |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Acariens:          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Réactions:..... |
| Pollens:           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Lesquels:.....  |
| Poils d'animaux:   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Lesquels:.....  |
| Autres allergènes: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Lesquels:.....  |
| Autres allergènes: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Lesquels:.....  |

**E) L'enfant présente-t-il d'autres allergies?**  Oui  Non **\*Si oui, précisez :** .....

**F) L'enfant a-t-il déjà eu une désensibilisation?**  Oui  Non

Si oui, est-elle:  Arrêtée  En cours (à reporter dans le tableau des traitements)

**G) L'enfant a-t-il un protocole d'urgence?**  Oui  Non **Si oui, merci de joindre une copie du protocole**

<b>TRAITEMENTS</b>				
Nom du médicament	Forme	Dosage	Posologie	Depuis quand le prend-il?

Utilisation d'une chambre d'inhalation:  Oui  Non

## VACCINATIONS

Les Vaccinations obligatoires de l'enfant sont-elles à jour?  Oui  Non

ROR :  Oui  Non

DTP :  Oui  Non

Coqueluche :  Oui  Non

## ACTIVITÉS SPORTIVES

A) L'enfant peut-il pratiquer tous les sports?  Oui  Non **\*Si non, précisez :** .....

B) L'enfant présente-t-il des réactions suite à l'effort?  Oui  Non **\*Si oui, lesquelles:**.....

C) A-t-il un traitement avant l'effort?  Oui  Non **\*Si oui, précisez :** .....



# IMPORTANT

Notre établissement dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques. Les informations recueillies lors de votre hospitalisation, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique.

Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit, les données administratives au service de facturation. Conformément à la législation, vous avez un droit d'accès et de rectification de ces données et le droit de vous opposer pour des raisons légitimes au traitement des données nominatives vous concernant, dans les conditions fixées par l'article 26 de la loi n°78-17 du 06/01/1978. Votre demande doit être effectuée par écrit auprès du directeur l'établissement.