



LISTE DES PIECES NECESSAIRES A LA CONSTITUTION

DU DOSSIER D'ADMISSION

- Extrait d'acte de naissance
- Photocopies du livret de famille complet
- Certificat de Domicile **Imprimé joint**
- Renseignements sociaux **Imprimé joint**
- Procuration pour remboursement des frais médicaux avancés par l'établissement **Imprimé joint**
- Autorisation de « Stages » **Imprimé joint**
- Autorisation de « Droit à l'image » **Imprimé joint**
- Autorisation d' « Accès au dossier » **Imprimé joint**
- Autorisation de « Soins et d'opérer » **Imprimé joint**
- Autorisation de pratiquer un bilan de santé **Imprimé joint**
- Fiche Urgence **Imprimé joint**
- Carnet de Santé
- Carte d'identité
- Attestation assuré social en cours de validité
- Attestation d'Assurance Scolaire
- 4 Photos d'identité

CES PIECES sont obligatoires à l'admission du jeune

Nous vous remercions d'inscrire le nom & le prénom de l'enfant sur ses vêtements



CERTIFICAT DE DOMICILE

Je soussigné :

NOM : Prénom Profession :

Né le : à

Atteste sur l'honneur résider actuellement à l'adresse suivante :

n° rue

Code Postal : Ville

n° de Téléphone

(en cas de changement d'adresse veuillez nous le faire savoir rapidement. Merci).

Signature des responsables légaux

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX DU PERE

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :

Profession :

Nom et adresse de votre employeur :

Numéro d'immatriculation sociale :

Avez vous une assurance Mutuelle complémentaire ? :

Si OUI : nom et adresse de cette caisse :

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX DE LA MERE

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :

Profession :

Nom et adresse de votre employeur :

Numéro d'immatriculation sociale :

Avez vous une assurance Mutuelle complémentaire ? :

Si OUI : nom et adresse de cette caisse :

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX DU BEAU PERE OU DE LA BELLE MERE

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :

Profession :

Nom et adresse de votre employeur :

Numéro d'immatriculation sociale :

Avez vous une assurance Mutuelle complémentaire ? :

Si OUI : nom et adresse de cette caisse :

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX DE L'ASSISITANT FAMILIAL

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :



PROCURATION

Je soussigné (nom et prénom de l'assuré).....

Né leà.....

demeurant à (adresse).....

Immatriculé à la Caisse de Sécurité Sociale sous le n°.....

(Adresse de la caisse).....

donne procuration au Logis Saint François 76540 - Thiétreville

où (nom et prénom de l'enfant).....

né leà.....

est pris en charge, à percevoir en mes lieux et places, le remboursement des frais médicaux dont cet établissement a fait l'avance pour (lien de parenté avec l'assuré)

..... durant son placement, et à en donner quittance.

Fait à (ville où réside la famille)

.....

Pour servir et valoir ce que de droit

Bon pour pouvoir (à écrire à la main)

.....Signature



PROCURATION

Je soussigné (nom et prénom de l'assuré).....

Né leà.....

demeurant à (adresse).....

Immatriculé à la Caisse de Sécurité Sociale sous le n°.....

(Adresse de la caisse).....

donne procuration au Logis Saint François 76540 - Thiétreville

où (nom et prénom de l'enfant).....

né leà.....

est pris en charge, à percevoir en mes lieux et places, le remboursement des frais médicaux dont cet établissement a fait l'avance pour (lien de parenté avec l'assuré).....

..... durant son placement, et à en donner quittance.

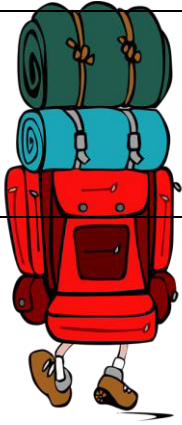
Fait à (ville où réside la famille)

.....

Pour servir et valoir ce que de droit

Bon pour pouvoir (à écrire à la main)

.....Signature



TROUSSEAU pour le Sport

A MARQUER AU NOM DE L'ENFANT

- UN MAILLOT DE BAIN
- UNE SERVIETTE DE BAIN
- UN SURVETEMENT
- UN SHORT
- UN TEE-SHIRT
- UNE PAIRE DE CHAUSSURE DE SPORT



CLASSES DU LOGIS SAINT FRANCOIS



Liste des fournitures scolaires

- 1 Cartable ou sac à dos
- 1 Trousse
- 1 règle -30 cm-
- 1 Equerre
- 1 Rapporteur
- 1 Compas
- 1 Gomme
- 2 critères
- 2 Crayons papier H.B.
- 4 Stylos (bleu-noir-rouge-vert)
- 2 bâtons de colle
- 1 Boite de crayons de couleur
- 1 pochette de feutres
- 1 paire de ciseaux à bouts ronds écolier
- 2 surligneurs de couleur différente
- 2 grands cahiers 24*32 à grands carreaux à couverture polypropylène



Pour la pratique du sport

- 1 sac de sport solide
- 1 Jogging
- 1 short
- 1 tee-shirt
- 1 paire de basket
- 1 maillot de bain
- 1 serviette
- 1 K-way



Pour les ateliers

- 1 paire de chaussures de sécurité pour les garçons de plus de 14 ans
- Bleus de travail
- 1 paire de bottes pour le jardin ou le poney
- 1 paire de gants pour le jardin

Nota : Il est possible qu'au cours de l'année scolaire, il vous soit demandé de compléter ou de renouveler cette liste.

ANNEE SCOLAIRE 202 /202

AUTORISATION DE STAGES

Je (nous) soussigné(s)..... autorise (ons) mon (notre) enfant..... à effectuer des stages sous le couvert d'une convention de stage établie entre le Logis Saint François et l'entreprise.

Signature du (des) responsable(s)

ANNEE SCOLAIRE 202 /202



AUTORISATION DE « DROIT A L'IMAGE »

Afin d'être en règle avec la loi (droit sur l'image), nous vous prions de bien vouloir barrer les mentions inutiles (les 2 réponses sont indispensables) :

Je (nous) soussigné(s)..... autorise (ons) le fait que mon (notre) enfant..... soit pris en photo et que celle-ci puisse être publiée sur le site INTERNET de l'école.

OUI

NON

Je (nous) autorise(ons) le fait que mon (notre) enfant soit pris en photo et que celle-ci puisse être utilisée à des fins pédagogiques (journal d'école, journal local, travaux pédagogiques collectifs...)

OUI

NON

Signature du (des) responsable(s)

AUTORISATION D'ACCES AU DOSSIER

Je, soussigné (e) Madame (et, ou) Monsieur.....

Autorise l'ITEP Le Logis Saint-François à accéder au dossier de mon fils
né le dans le cadre d'une prise en charge par l'ITEP.

Fait à Thiétreville

Le

Signature :

ANNEE SCOLAIRE 202 /202



AUTORISATION DE SOINS ET D'OPERER

Je (nous) soussigné(s)autorise (ons) le **LOGIS SAINT FRANCOIS** à transporter mon (notre) enfant..... à l'hôpital ou dans une clinique en cas d'accident ou de maladie grave, et à pratiquer toutes vaccinations et interventions chirurgicales (**sous anesthésie générale**) jugées nécessaires par le médecin.

Signature du (des) responsable(s)

AUTORISATION
DE PRATIQUER UN BILAN DE SANTE COMPLET

Je (nous) soussigné(s)autorise (ons) le **LOGIS SAINT FRANCOIS** à faire bénéficier à mon (notre) enfant..... un **bilan de santé complet** en partenariat avec l'**IRSA (Institut Inter Régional pour la Santé)** dès son arrivée au sein de l'établissement. Ce bilan est pris en charge à 100% par la **Sécurité Sociale**. Il vous sera remis un double de ce bilan de santé.

Date :

Signature du (des) responsable(s)



FICHE URGENCE

Nom de l'établissement. **Logis St François**. Année /

Nom du jeune..... Prénom du jeune
.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal.....
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale.....
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

- ♦ N° de téléphone du domicile.....
- ♦ N° de téléphone portable.....
- ♦ N° du travail du père..... Poste :
- ♦ N° de travail de la mère..... Poste :
- ♦ Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement.....

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique.....
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre).....
.....

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.