



Dossier d'Admission au Séjour de Rupture RESUREVA

Document strictement confidentiel – À usage exclusif de RESUREVA et des parties autorisées

I. Informations générales sur le jeune

1. **Nom :**
2. **Prénom :**
3. **Date de naissance :**
4. **Lieu de naissance :**
5. **Nationalité :**
6. **Adresse actuelle :**
 - Rue :
 - Ville :
 - Code postal :
7. **Numéro de sécurité sociale (si applicable) :**
8. **Statut juridique :**
 - ☐ Enfant placé (ASE)
 - ☐ Mineur sous protection judiciaire
 - ☐ Mineur émancipé
 - ☐ Autre (préciser) :

II. Informations sur la situation familiale

1. **Responsable légal 1 :**
 - Nom :
 - Prénom :
 - Relation avec le jeune :
 - Adresse :
 - Téléphone :
 - Email :
 2. **Responsable légal 2 (si applicable) :**
 - Nom :
 - Prénom :
 - Relation avec le jeune :
 - Adresse :
 - Téléphone :
 - Email :
 3. **Type de placement (si applicable) :**
 - ☐ Famille d'accueil
 - ☐ Foyer éducatif
 - ☐ Autre :
 4. **Contexte familial :**
 - ☐ Séparation des parents
 - ☐ Décès d'un parent
 - ☐ Conflits familiaux
 - ☐ Négligence ou maltraitance (préciser) :
 - **Commentaires complémentaires :**
-



III. Historique éducatif et comportemental

1. Scolarité :

- Dernier établissement fréquenté :
- Classe actuelle (si applicable) :
- Difficultés scolaires :

2. Historique comportemental :

- ☐ Agressivité ou violence
- ☐ Fugues répétées
- ☐ Comportements à risque (préciser) :

- ☐ Usage de substances (alcool, drogues, etc.)
- ☐ Refus d'autorité
- ☐ Troubles de l'attention / hyperactivité
- ☐ Autre :

3. Précédentes prises en charge :

- ☐ Oui (préciser) :
 - Institution(s) :
 - Durée :
 - Motifs :
- ☐ Non
-

4. Observation des référents éducatifs ou sociaux :

- **Points forts du jeune :**

- **Difficultés identifiées :**

IV. Informations médicales et psychologiques

1. Allergies connues :

- ☐ Alimentaires
- ☐ Médicamenteuses
- ☐ Autres :

2. Antécédents médicaux :

- ☐ Maladies chroniques (préciser) :
- ☐ Troubles psychiatriques diagnostiqués :
 - ☐ Oui (préciser) :
 - Diagnostic(s) :
 - Date du diagnostic :
- ☐ Autres (préciser) :

3. Traitements en cours :

- Médicament 1 :
 - Posologie :
- Médicament 2 :
 - Posologie :

4. Personne à contacter en cas d'urgence médicale :

- Nom :
 - Relation avec le jeune :
 - Téléphone :
-



VI. Sécurisation de la prise en charge

6.1. Engagement des parties prenantes :

- **Nom de l'éducateur référent :**
 - Téléphone :
 - Email :
- **Nom de l'Inspecteur Enfance Famille :**
 - Téléphone :
 - Email :
- **Nom de l'assistant(e) social(e) (si applicable) :**
 - Téléphone :
 - Email :

6.2. Mesures spécifiques de sécurité :

- Le jeune présente-t-il des risques de fugue ?
 - ☐ Oui (préciser le contexte) :

 - ☐ Non
- Le jeune présente-t-il des comportements auto-destructeurs ?
 - ☐ Oui (préciser) :

 - ☐ Non
- Précautions particulières à prendre pour garantir sa sécurité :

VII. Autorisations et consentements

1. **Consentement pour les soins médicaux :**
 - J'autorise les équipes de RESUREVA à prodiguer les soins nécessaires en cas d'urgence.
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 2. **Participation aux activités :**
 - J'autorise la participation du jeune à toutes les activités proposées durant le séjour.
 - ☐ Oui
 - ☐ Non (préciser les restrictions) :
 3. **Consentement pour l'accompagnement éducatif :**
 - J'accepte que RESUREVA adapte son approche éducative selon les besoins du jeune, y compris l'application d'un cadre strict durant les 10 premiers jours.
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 4. **Consentement pour la collecte et le traitement des données personnelles :**
 - J'accepte que les informations fournies soient utilisées exclusivement dans le cadre du séjour et conformément à la législation en vigueur.
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
-



VIII. Convoyages :

- ☐ Oui > acheminement par les professionnels RESUREVA
- ☐ Non > arrivé sur place en autonomie par l'ASE ou Tuteur légal

Ville de départ :

Ville de retour :

IV. Demande de prise en charge rapide :

- ☐ Oui > moins de 48h00 { Prioritaire d'Urgence Nécessaire }
- ☐ Oui > moins de 72h00 { Prioritaire d'Urgence Importante }
- ☐ Oui > moins d'une semaine { Prioritaire d'Urgence }
- ☐ Oui > moins d'une quinzaine { Urgent }
- ☐ Oui > moins d'un mois (M)

- ☐ Non > demande de prise en charge non urgente à M+1 minimum

Ville de départ :

Ville de retour :

Déclaration et signature

Je soussigné(e), [**Nom et prénom du responsable légal ou du référent éducatif** _____], atteste que les informations fournies dans cette fiche sont exactes et complètes. J'accepte les termes et conditions du séjour de rupture RESUREVA incluant les conditions générales de prise en charge.

- **Nom et prénom :**
- **Date :**
- **Signature :**

Rappel : Toutes les informations fournies dans ce document sont strictement confidentielles et protégées par les lois en vigueur sur la protection des données personnelles (RGPD).