

CURES THERMALES 2023

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 02 juillet / samedi 22 juillet 2023

ETE 2 : dimanche 23 juillet / samedi 12 août 2023

ETE 3 : dimanche 13 août / samedi 02 septembre 2023

Toussaint : dimanche 15 octobre / samedi 04 novembre 2023

Demande/téléchargement du dossier d'inscription :

Mail : contact@aep63150.com

Site : www.cure-thermale-enfant.fr

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

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

contact@aep63150.com
Code DMT VR : 189

www.aep63150.com
Code DMT DER : 194

Madame, Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de renseignements concernant l'éventuel séjour en cure thermique de votre enfant, et vous informons que nous aurons le plaisir de l'accueillir en 2023 dans notre Maison d'enfants « ILE AUX ENFANTS », pendant l'une des sessions figurant au calendrier « CURES THERMALES 2023 ».

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 thermique, afin de promouvoir notre projet éducatif : « associer santé et loisirs » tout en préservant un esprit convivial et chaleureux.



COÛT DU SEJOUR 2023

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

La cure thermique 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 2023 » 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



« Dans le cadre d'une hospitalisation ? »

« D'un placement en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) ? »

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, le questionnaire de prise en charge est à transmettre à votre CPAM afin qu'elle vous délivre la prise en charge ou vous signifie son refus.



11139*03

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 commune

s'agit-il d'un accident causé par un tiers ? oui date non

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

nom

prénom Date de naissance

le prescripteur

je, soussigné (e), certifie que **NOM, Prénom de l'enfant** est atteint(e) d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée

l'état de santé du patient nécessite un traitement thermal annexe (seconde orientation) oui non

ORIENTATIONS THERAPEUTIQUES

Rhumatologie	RH	Phlébologie	PHL
Voies respiratoires	VR	Affections psychosomatiques	PSY
Affections digestives et maladies métaboliques	AD	Troubles du développement chez l'enfant	TDE
Gynécologie	GYN	Neurologie	NEU
Dermatologie	DER	Maladies cardio-artérielles	MCA
Affections des muqueuses bucco-linguales	AMB	Affections urinaires et maladies métaboliques	AU

1ere orientation « VR » ou « DER » 2eme orientation « VR » ou « DER »

Station prescrite **LA BOURBOULE**

Etablissement **MECS ILE AUX ENFANTS, n° finess : 630781433**

Année de réalisation de la cure

● Mentions spéciales - La cure est-elle prescrite :

- Dans le cadre d'une hospitalisation ? oui non
- D'un placement en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS)? oui non
- Dans le cadre d'une Affection Longue Durée exonérante? oui non
- En rapport avec un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ? oui non
si oui, numéro de l'AT/MP et/ou date de l'AT
- 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 <input type="text"/> cachet du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LISTE DES DOCUMENTS À NOUS RENVoyer

Fiche d'inscription	Elle doit être dûment complétée recto-verso (renseigner tous les champs demandés), en indiquant bien les options de dates, sans oublier de dater et de signer															
20 timbres	Pour la participation aux frais administratifs (<i>envois des documents relatifs à la cure, envois des factures aux organismes sociaux en LRAR à l'issue de la cure</i>)															
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															
Pièce d'identité de l'enfant	Photocopie <u>recto/verso</u> (carte d'identité ou passeport ou livret de famille)															
Questionnaire médical	Il doit être dûment complété, signé et tamponné par votre médecin traitant ou spécialiste ;															
Recueil de données	Complété recto/verso et signé par vos soins															
Attestation de droits sécurité sociale	Attention aux dates de validité															
Attestation de complémentaire santé	Photocopie de votre carte mutuelle recto/verso ou de l' attestation CSS valide pour la durée de la cure															
Responsabilité civile	Photocopie de l'attestation de votre assurance pour l'année scolaire en cours															
Règles de vie cures thermales 2023	Signé par vous et votre enfant															
Droit à l'image 2023	Signé par vous															
Chèque de caution	A l'ordre de la MECS ILE AUX ENFANTS de 155,00 € , qui ne sera pas encaissé															
Chèque du forfait pédagogique d'activités de loisirs	<p>Dépendant de votre Quotient Familial (nous joindre une attestation CAF récente qui mentionne votre QF datée de moins de 2 mois), selon le barème suivant :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tranche 1</th> <th>Tranche 2</th> <th>Tranche 3</th> <th>Tranche 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tranche QF</td> <td>0 € à 399 €</td> <td>400 € à 599 €</td> <td>600 € à 750 €</td> <td>+ 751 €</td> </tr> <tr> <td>Tarifs applicables</td> <td>100 €</td> <td>130 €</td> <td>170 €</td> <td>210 €</td> </tr> </tbody> </table>		Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4	Tranche QF	0 € à 399 €	400 € à 599 €	600 € à 750 €	+ 751 €	Tarifs applicables	100 €	130 €	170 €	210 €
	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4												
Tranche QF	0 € à 399 €	400 € à 599 €	600 € à 750 €	+ 751 €												
Tarifs applicables	100 €	130 €	170 €	210 €												
Autorisation de convoi	Si option « convoi » prise															
Chèque en règlement du convoi (si option prise)	<p>En indiquant bien au dos du chèque le nom et prénom de votre enfant</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>CONVOI</th> <th>Curistes de moins de 11 ans</th> <th>Curistes de 11 ans et plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aller & retour</td> <td>160 €</td> <td>200 €</td> </tr> <tr> <td>Aller ou retour seul</td> <td>140 €</td> <td>180 €</td> </tr> </tbody> </table>	CONVOI	Curistes de moins de 11 ans	Curistes de 11 ans et plus	Aller & retour	160 €	200 €	Aller ou retour seul	140 €	180 €						
CONVOI	Curistes de moins de 11 ans	Curistes de 11 ans et plus														
Aller & retour	160 €	200 €														
Aller ou retour seul	140 €	180 €														
Prise en charge de <u>cure thermique</u>	Délivrée par votre organisme social (volets 1 et 2 originaux)															
Prise en charge <u>hospitalière</u>	À demander 1 mois avant la cure , à votre mutuelle ; pour cela, précisez notre n° finess : 63 078 14 33 ; code DMT VR : 189 ; code DMT DER : 194 ; code DMT TDE : 832, notre courriel pour l'envoi : contact@aep63150.com															
Fiche récapitulative d'informations	Elle vous sera envoyée 20 jours avant la cure, avec les derniers renseignements															

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, nous vous demandons d'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.cure-thermale-enfant.fr.

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**

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.

Le service des admissions

CHOIX DES DATES DU SEJOUR THERMAL

CURE THERMALE 1^{er} choix : du __ / __ au __ / __ / 2023

Merci d'indiquer un 2^{ème} choix de cure thermique (obligatoire), dans le cas où votre premier choix ne pourrait être satisfait : du __ / __ au __ / __ / 2023

Photo d'identité
obligatoire

CURISTE

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Date de Naissance : _____ Âge : _____ Garçon Fille

RESPONSABLE(S) LÉGAL(LÉGAUX)

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. fixe : / / / / Portable : / / / /

Portable : / / / /

Adresse électronique : _____ @ _____

Titulaire(s) de l'autorité parentale :

 Père Mère Autre (préciser le lien avec l'enfant) : _____Suivi par un(e) assistant(e) social(e) : OUI* NONDécision de justice : OUI NON

*Si oui, joindre la fiche de suivi social complétée

Nom et Prénom de l'assuré social : _____

AUTORISATION PARENTALE 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 au regard de 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 activités de loisirs 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 /des responsable(s) légal(aux) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

COORDONNEES ORGANISMES ET MEDECIN(S)

SÉCURITE SOCIALE	MUTUELLE
Caisse d'affiliation : _____	Nom Mutuelle : _____
N° Matricule : _____	N° d'adhérent : _____
Adresse de l'organisme : _____	Adresse Mutuelle : _____
_____	_____
Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
FAX _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	FAX _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE LA CURE	MÉDECIN TRAITANT de l'enfant (si différent du médecin prescripteur)
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Adresse complète : _____	Adresse complète : _____
_____	_____
Généraliste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Généraliste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Spécialité : _____	Spécialité : _____
Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
FAX _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	FAX _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

FORFAIT PEDAGOGIQUE D'ACTIVITES DE LOISIRS**Activités / 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.

OPTION CONVOI « PARIS - LA BOURBOULE » / « LA BOURBOULE - PARIS »

Nous travaillons sur cette organisation afin de pouvoir vous communiquer dès le premier trimestre 2023 les informations à ce sujet.

FRAIS SUPPLEMENTAIRES / CAUTION

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e) de l'enfant _____, demande à la direction de la M.E.C.S. « AEP ILE AUX ENFANTS » son admission. **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.**

Fait à _____, le _____

Signature du /des responsable(s) légal(aux) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Cure thermale du __/__/__ au __/__/2023



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

INDICATION DE CURE (orientation(s) thérapeutique(s)) : _____

NOMBRE DE CURE(S) DEJA EFFECTUÉE(S) : _____

À la Bourboule : oui non / En MECS : oui non

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

Commentaire : _____

SITUATION FAMILIALE

Marié(e)/Pacsé(e) Concubinage Célibataire Séparé(e)/Divorcé(e) Veuf (ve)

Profession du père : _____ Profession de la mère : _____

Nombre de frères et sœurs : _____

Décès dans la famille : OUI NON Si oui, précisez : _____

Commentaires : _____

Antécédents familiaux

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"/>

ENVIRONNEMENT

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

En 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 Précisez : _____

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

ALIMENTATION *

**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.*

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, précisez : _____

A-t-il une pratique religieuse ? OUI NON Si oui, précisez : _____

A-t-il un régime alimentaire religieux ? OUI NON Si oui, précisez : _____

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 _____
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 (jovial, 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 : _____ Votre enfant a-t-il : un(e) AVS un(e) AESH
Classe : maternelle primaire collège lycée IME/IMP/IMPRO ULIS Autres : _____

ACTIVITÉS SPORTIVES

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

CADRE RESERVE A LA MECS

Nom – Prénom et signature du responsable légal

Les soins à l'Établissement Thermal

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(e) curiste n'était pas équipé(e) en conséquence, 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 (cf. sanctions & comportements violents).

Les soins dans la maison d'enfants

Effectuer intégralement et correctement tous les soins médicaux et infirmiers.

Respecter les horaires de l'infirmierie et 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 du jeune accueilli.

Le repos médicalisé est obligatoire pour tous les curistes. Ce repos allongé 1H30 environ (dans un calme complet) permet de récupérer. Ce temps à respecter est demandé par les Médecins responsables et s'inscrit dans la continuité des soins. Il est donc la condition indispensable pour participer aux temps de loisirs (après-midi et soirée).

Enfin, le coucher (pour les préados, comme pour les ados) se fera au plus tard à 22h00. 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.

Respect des locaux / du matériel

Les curistes circulent UNIQUEMENT en chaussons dans la maison et disposent de casiers où ranger les chaussures (bien respecter l'inventaire donné lors de l'inscription). Les blousons seront accrochés aux patères du préau. Le rangement des chambres se fera tous les jours (le ménage ne sera fait que dans ce cas).

Systématiquement, après chaque activité, un temps de rangement sera également prévu. Aussi, 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 un(e) curiste dégrade délibérément du matériel (ou des locaux), la responsabilité pénale du jeune peut être engagée.

Le linge

Le linge personnel est ramassé quotidiennement selon un planning défini. Il est ensuite lavé, séché, plié, et rendu dans des panières attribuées à chaque chambre. **Le lavage étant collectif et le séchage se faisant obligatoirement au sèche-linge, nous conseillons aux familles de ne pas mettre à l'inventaire des vêtements fragiles et/ou de valeur. Les curistes ne peuvent pas laver leur linge eux-mêmes, ceci pour des raisons d'hygiène et d'organisation.**

Nous fournissons le linge de lit. Le linge de toilette doit être apporté par les enfants. Dans le cadre de notre démarche environnementale, les draps sont lavés à mi-séjour, et en cas de nécessité. Le linge de toilette est lavé 2 à 3 fois par semaine.

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.**

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 en ville. 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^{ème} jour de la cure.

Utilisation des téléphones portables

Les téléphones et autres appareils multimédias sont autorisés lors du temps des douches (1h30 à 2h00 par jour), ils sont le reste du temps consignés sous clés. Les jeunes en sont responsables et la MECS décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de casse.

Respect des personnes

- Avoir un comportement respectueux envers les adultes et les autres curistes à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.
- Être solidaire et attentif aux autres, refuser tout type de violence ou de harcèlement ;
- Respecter et défendre le principe absolu d'égalité entre les filles et les garçons et les règles de la mixité ;
- Ne pas avoir un comportement violent, ni participer à un jeu qui viserait à blesser un camarade physiquement ou moralement ;
- Interdiction d'utiliser son téléphone portable pour filmer et diffuser des images portant atteinte à la vie privée ;
- Faciliter et respecter le travail des agents d'entretien et de service.

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 !

TOUTE INSCRIPTION DANS L'ETABLISSEMENT VAUT ADHESION AUX REGLES DE VIE

Le non-respect de ces règles de vie nous oblige à avertir les parents. Selon la gravité de la transgression, le/la curiste peut être exclu(e). La direction, informe la famille et exige de cette dernière la mise en place d'un rapatriement IMMEDIAT. Le retour est à la charge de la famille. Dans ce cas, la cure ne peut pas être remboursée car l'interruption de cure sort du cadre médical.

CADRE RESERVE A LA MECS

Signature de l'enfant

Signature de la famille /responsable légal

AUTORISATION DROIT A 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 etc.).

Je soussigné(e), M/Mme _____, responsable légal(e) 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 /des responsable(s) légal(aux) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

AUTORISATION DE CONVOI 2023

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 convoyage de mon enfant :

→ de PARIS à LA BOURBOURLE, le ____/____/____

→ et de LA BOURBOULE à PARIS, le ____/____/____.

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

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 : ____/____/____/____/____

Si ce ne sont pas les parents (ou le représentant légal) de l'enfant qui viennent 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 du /des responsable(s) légal(aux) précédée(s) de la mention manuscrite « bon pour décharge »

QUESTIONNAIRE MÉDICAL 2023

À 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. 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 __/__/__/2023

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)

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

1^{ère} orientation : VR DER TDE AMB

2^{ème} orientation : VR DER TDE AMB

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"/> DDB <input type="checkbox"/> Angines/rhinopharyngites <input type="checkbox"/> Laryngites <input type="checkbox"/> Bronchites	<input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Séquelles de brûlure
VR	
ASTHME : Caractère <input type="checkbox"/> per annuel <input type="checkbox"/> saisonnier Épisodes aigus : <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> annuel Déclenchement : <input type="checkbox"/> allergique <input type="checkbox"/> infectieux <input type="checkbox"/> à l'effort <input type="checkbox"/> inflammatoire non allergique Gravité : <input type="checkbox"/> bénin <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> hospitalisation nécessaire Trouble obstructif permanent : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
AFFECTIONS ORL : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Rhinites/sinusites <input type="checkbox"/> Allergiques <input type="checkbox"/> inflammatoires non allergiques ou infectieux <input type="checkbox"/> Per annuelles <input type="checkbox"/> saisonnières <input type="checkbox"/> occasionnelles (contact allergique) </div> <div style="width: 45%;"> Otites <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> OMA récidivantes <input type="checkbox"/> Hypoacousie <input type="checkbox"/> otites séro-muqueuses chroniques <input type="checkbox"/> Appareillage auditif </div> </div>	
PATHOLOGIES ASSOCIÉES : <input type="checkbox"/> Conjonctivites <input type="checkbox"/> Trachéites spasmodiques <input type="checkbox"/> Autre :	

ALLERGIES

L'enfant présente-t-il des allergies alimentaires ? 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"/>

Autre régime alimentaire : Oui Non *Si oui précisez :

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

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

L'enfant présente-t-il une allergie respiratoire :

Acarie(s) :	<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 :

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

.....

TRAITEMENTS

Lors de l'envoi du dossier, merci de joindre une copie des ordonnances et PAI

L'enfant a-t-il un traitement de fond ? Oui Non

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

Si oui, est-elle : Arrêtée En cours

L'enfant a-t-il un protocole d'urgence (PAI) ? Oui Non

Utilisation d'une chambre d'inhalation ? : Oui Non

Utilisation d'un débitmètre de point (Peak Flow) ? Oui Non

VACCINATIONS

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

ROR : Oui Non

DTP : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

PRATIQUES SPORTIVES

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

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

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

AUTRES

Menstruations : Oui Non

Douleurs (dysménorrhée) : Oui Non

Moyen de contraception : Oui Non

Traitement en cas de douleurs :

*Si oui, lequel :

PENDANT L'ANNÉE ECOULÉE

Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Combien de fois ?

Pour quelles raisons, précisez la durée ?

L'enfant a-t-il eu un absentéisme scolaire en lien avec sa pathologie : Oui Non Si oui, combien de jours :

DEPUIS LA DERNIERE CURE

Evolution clinique :

Qualité des résultats : Nuls | | | | | | | | | | | Excellents
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Consommation médicamenteuse au cours de l'année écoulée

B 2 mimétiques	Nulle <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Très forte <input type="checkbox"/>
Corticoïdes	Nulle <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Très forte <input type="checkbox"/>
Antibiotiques	Nulle <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Très forte <input type="checkbox"/>
Antihistaminiques	Nulle <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>	Très forte <input type="checkbox"/>

Prise en charge globale de l'enfant

Lors de l'hospitalisation de l'enfant, notre Établissement de Santé adapte un projet thérapeutique individualisé pour chaque enfant. Ainsi, le Médecin Thermal sera amené à prescrire au patient (en fonction de son orientation) différents examens complémentaires : EFR, Peak Flow ainsi que des séances d'éducation thérapeutique sur l'asthme et/ou la dermatite atopique. Il sera également proposé aux enfants d'assister à des séances de sensibilisation à la santé sur différents thèmes (l'hygiène, la bienveillance, les soins thermaux, etc.). D'autres thèmes pourront être abordés selon l'âge de l'enfant et sur la base du volontariat (tabac, alcool, drogue, sexualité, risques écrans etc.).

Éducation thérapeutique

- Connaissance de la maladie asthmatique, prévention et prise de médicaments Connaissance de la dermatite atopique, prévention et prise de médicaments

Éducation sanitaire

- Hygiène alimentaire Mouchage et hygiène
 Maltraitance/bienveillance Le sport pour le maintien en santé Autre :

Autre prise en charge complémentaire spécifique à votre patient

Précisez :

Cadre réservé à la M.E.C.S

Date : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Médecin Responsable IDEC

Cachet de l'établissement et signature

Cadre réservé au Médecin Prescripteur

Date : _____
NOM : _____ Prénom : _____

Cachet du Médecin et signature

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.