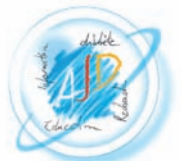


**DOSSIER D'INSCRIPTION A DETACHER ETE 2011**

**A détacher, compléter et expédier à L'AJD : 9, avenue Pierre de Coubertin 75013 Paris.**



**Collez ici  
une Photo  
d'identité  
récente  
(obligatoire)**

**Enfant :** Nom..... Prénom:..... Garçon   
 Né(e) le : ..... à (Ville et CP) : ..... Fille   
 Je soussigné (e) Père  Mère  ou tuteur légal

**Père :** Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....(Ville et CP) : .....  
 Téléphone Domicile: ..... Portable: .....  
 Téléphone Travail: ..... E-mail: .....

**Mère :** Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....(Ville et CP) : .....  
 Téléphone Domicile: ..... Portable: .....  
 Téléphone Travail: ..... E-mail: .....

Si l'enfant n'habite pas avec les deux parents, précisez qui en a la charge légale?.....  
 Autre situation : (voir page suivante)

**Séjour :** Premier séjour : oui  non

Lieux de séjour souhaités par ordre de préférence :	Dates de séjour souhaitées par ordre de préférence :
1) .....	1) .....
2) .....	2) .....
3) .....	3) .....

**Voyages :** Il participera : (voir page 13)

au voyage en groupe avec l'AJD (forfait A/R)\*  
 aller/retour sur Paris  
 aller/retour sur Lyon  
 aller/retour sur Marseille

sera amené et repris par les responsables légaux au lieu de séjour.

Responsables légaux = père, mère, tuteur légal, ou toute personne présentant une autorisation écrite de la famille ou du tuteur légal, munie de sa carte d'identité.

\*Le forfait A/R conclu avec la SNCF ne peut être dissocié en formule aller ou en formule retour simple.

**Financement du séjour :** (voir frais à régler page 14)

1 - Forfait loisirs : à joindre au dossier : (Voir les tarifs page 14)  
 2 - Forfait hospitalier sera réglé par :  mes soins  ma mutuelle  la CMU  le régime local

NOM de la Mutuelle : ..... Tél : .....  
 Adresse : .....

3 - Frais de transport (montant communiqué ultérieurement avec l'affectation définitive)

4 - Frais de séjour (Organisme auquel est demandé la prise en charge) :

Dénomination de la caisse : .....  
 Adresse : .....  
 Nom et Prénom de l'assuré(e) : .....  
 N° Sécurité sociale : .....

**\* Faire apposer ici le tampon de votre caisse d'affiliation attestant du dépôt de votre demande de prise en charge.  
 Date:**

Je soussigné (e) Père  Mère  ou Responsable légal

**m'engage à verser à l'AJD les sommes qui resteraient dues pour le séjour de mon enfant (frais de transport, frais médicaux et toutes sommes qui ne seraient pas prises en charge par les organismes désignés ci-dessus).**

Fait à : ..... le : ..... Signature(s) .....



**Personnes à prévenir en cas d'urgence pendant le séjour de l'enfant :**

Nom et Prénom : .....

Adresse : ..... CP Ville.....

Tél : ..... Portable : .....

Nom et Prénom : .....

Adresse : ..... CP Ville.....

Tél : ..... Portable : .....

**Médecin Diabétologue :**

Nom et Prénom : .....

Hôpital : ..... Tél : .....

Adresse : ..... CP Ville.....

**Nom et prénom du Médecin de Famille :**

Nom et Prénom : .....

Adresse : ..... CP Ville.....

Tél : .....

**Assistante sociale qui s'occupe éventuellement du dossier :**

Nom et Prénom : ..... Tél : .....

Adresse : ..... CP Ville.....

**Si placement en établissement social, médico-social ou en famille d'accueil :**

Nom de la famille ou du foyer : ..... Tél : .....

Adresse : ..... CP Ville.....

Nom et fonction de la personne à contacter pendant le séjour de l'enfant :

..... Tél : .....

**Scolarité et études actuelles :**

L'enfant est en classe de :

Pour les classes aménagées (CLIS, SEGPA...),  
merci de noter l'adresse de l'établissement :

**Un brevet de natation est obligatoire :  
Il s'obtient dans une piscine municipale  
et est valable à vie**

Il est de :  
- 25 m pour Sainte Bazeille et Pujols  
- 50 m pour Crozon (Brevet d'aisance aquatique)

**Loisirs :**

Mon enfant sait faire du vélo : oui  non

Mon enfant sait nager : oui  non

**Vie familiale :**

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

Situation des parents : Mariés  séparés  autre (préciser) :

Nombre de frères et sœur, préciser les âges : .....

.....

Autre information jugée importante : .....

.....

## Autorisations à compléter et à signer par les parents ou le responsable légal

Chacune de ces signatures est indépendante. En cas de refus, signalez-le clairement.

Je soussigné(e) : M. .... père  mère  responsable légal

du jeune (nom et prénom) : .....

1) autorise le Médecin Directeur du centre à pratiquer ou faire pratiquer toute intervention qu'il jugerait nécessaire pour la santé de mon enfant. (Chaque fois que possible, une confirmation écrite vous sera demandée dans les instants qui précèdent une éventuelle intervention).

oui  non  Signature(s) :

2) À l'occasion d'une maladresse, une aiguille (autopiqueur, stylo, seringue) d'un enfant peut blesser une autre personne (enfant, infirmière, animateur...). Ce contact est un accident d'exposition au sang. Dans ce cas, la loi prévoit que les deux personnes (le blessé et la personne source) fassent une prise de sang pour s'assurer qu'il n'y a aucun risque de transmission d'une maladie : hépatite B, hépatite C, VIH. En effet, si le risque est extrêmement faible, il n'est jamais nul. La loi précise également que les parents doivent donner l'autorisation pour ce prélèvement.

autorise le Médecin Directeur de l'AJD à faire pratiquer les sérologies hépatite B, hépatite C et VIH sur mon enfant, dans le cas où cela serait utile.

oui  non  Signature(s) :

3) autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités sportives.

oui  non  Signature(s) :

4) autorise l'AJD à publier les photos ou films vidéo sur lesquels figure mon enfant, dans le but de promouvoir l'insertion scolaire et sociale des jeunes diabétiques (tous supports : Bulletin de l'AJD, presse et médias, site internet de l'AJD et autres sites, etc.).

oui  non  Signature(s) :

5) déclare avoir pris connaissance, conformément à la loi informatique et liberté (06.01.1978), de pouvoir disposer d'un droit d'accès ou de rectification des informations contenues dans le dossier de mon enfant.

oui  non  Signature(s) :

6) Selon la loi, il est interdit de fumer dans un établissement sanitaire. Le Médecin Directeur et le Directeur d'Activités mettront en oeuvre cette directive.

- Afin de mieux prendre en charge votre enfant, et l'aider à respecter les consignes, précisez si votre enfant fume : oui  non

- Si oui, est-il prévu de mettre en place un sevrage avant le séjour ? oui  non

- Si non, le médecin directeur, pour aider votre enfant à respecter les consignes doit mettre en place un sevrage pendant le séjour. Celui-ci sera à votre charge.

Signature de l'enfant :

Signature(s) des parents :

### Et concernant les adolescents de plus de 15 ans :

#### 7) voyage retour

autorise mon enfant, après avoir lu le règlement, et sous réserve de l'accord du Médecin Directeur du centre, à quitter par ses propres moyens :

l'établissement AJD, le dernier jour du séjour, pour se rendre à : .....

le groupe à la gare de Paris / Lyon ou Marseille pour se rendre à : .....

Signature de l'enfant :

Signature(s) des parents :

**L'enfant ou l'adolescent :**

“ J'ai lu le contrat d'engagement et m'engage à appliquer ces règles et à en subir les conséquences de renvoi si je les transgresse.

Je décide de participer à ce séjour et m'engage personnellement à son bon déroulement. “

(Nous vous demandons d'écrire ce texte en toutes lettres et de le signer pour confirmer votre engagement personnel)

.....  
.....  
.....  
..... Signature de l'enfant :

**Les parents ou responsable légal de l'enfant :**

J'ai lu le contrat d'engagement et m'engage à sensibiliser mon enfant à ce règlement et à l'avertir des conséquences que la transgression des règles entraînera (renvoi et frais de renvoi à la charge de la famille).

En cas de renvoi, je m'engage, en tant que responsable de l'enfant sus nommé, à venir le chercher sur le centre.

Signature(s) :

Je m'engage à ne pas mettre d'objets de valeur\*, dans les bagages de mon enfant. Dans le cas contraire, la perte, la casse ou le vol ne sera pas assuré par l'AJD et restera à charge de la famille (relire la page 7).

Signature(s) :

(\* Bijoux, appareil de photo numérique, lecteur de musique, jeux électroniques, etc...)

**Droit à l'information sur l'état de santé et les soins pendant le séjour**

**L'enfant ou l'adolescent :**

j'autorise la ou les personnes désignée(s) ci-dessous à recevoir les informations sur mon état de santé et les soins que j'ai reçus :

Nom et prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Nom et prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Nom et prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Signature de l'enfant :

Signatures des parents :

**Droit d'accès au dossier médical AJD** Article L1111-5 du Code de la Santé Publique  
Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

**L'enfant ou l'adolescent :**

je reconnais avoir été informé des modalités d'accès à mon dossier médical (voir information page 11).

Les titulaires de l'autorité parentale ont accès aux informations me concernant sauf avis contraire spécifié dans « le droit à l'information sur l'état de santé et les soins ».

Dans le cas contraire, je peux demander que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Si j'ai reçu des soins sans le consentement de mes représentants légaux et demandé le secret de la consultation, je peux m'opposer à ce que le médecin communique ces informations.

Signature de l'enfant :

Signatures des parents :

Nb : Le délai de communication est de huit jours ou de 2 mois si le dossier remonte à plus de 5 ans.

## Renseignements médicaux donnés par les parents

et VALIDES PAR LE MEDECIN

Ce feuillet est à remplir, en cas de particularité que vous tenez à signaler au médecin directeur, afin d'adapter au mieux le séjour de votre enfant ET D'ASSURER SA SECURITE.

Si vous n'avez aucune observation à communiquer, cochez la proposition N°2 au bas de cette page et signez.

Date de début du diabète : ...../...../.....

Particularité du diabète de votre enfant : (vécu, hypoglycémies, hyperglycémies, parents diabétiques, etc...) : .....

### Pathologies associées et traitements :

Cochez la case de la pathologie associée et répondez aux questions correspondantes.

Asthme : si oui,

● facteurs déclenchants : .....

● traitement :

à la demande. Nom des produits : .....

continu. Nom des produits : .....

Allergie : si oui, type : cutané  généralisée

traitement :

Allergie médicamenteuse . Nom du produit : .....

Epilepsie : si oui, merci de nous préciser les coordonnées du service qui suit l'enfant :

- la date de la dernière crise et le type : .....

- le traitement en cours : ..... depuis le : ...../...../.....

- les facteurs déclenchants connus : .....

Enurésie : habituelle  rare

### Régime alimentaire ou particularités alimentaires (y compris pour motifs religieux) :

sans porc  végétarien

intolérance au lactose  intolérance au gluten

### allergie nécessitant éviction et ou traitement d'urgence

arachide

autres aliments

lactose : si oui, précisez le traitement que l'enfant doit avoir avec lui :

Autre allergie alimentaire. Nom des aliments : .....

- L'enfant a un traitement d'urgence :  non  oui : lequel? : .....

### Autres pathologies et traitements :

(Exemples : hypothyroïdie, infections urinaires fréquentes, otite récidivante, sinusite, herpès, douleurs abdominales, problèmes orthopédiques...).

### Comportement :

S'il y a lieu veuillez nous préciser si votre enfant présente des difficultés de comportement ou d'adaptation dans certaines situations.

1 - Je confirme les informations communiquées ci-dessus

2 - J'informe l'AJD que je n'ai aucune recommandation ou observation à communiquer

Fait à ..... le .....

Signature(s)

**L'enfant a un traitement par injections :**

Compléter soigneusement en utilisant une ligne pour chaque insuline et chaque présentation.

Il est indispensable de noter le nombre d'unités d'insuline pour chaque présentation afin de nous permettre de commander les quantités suffisantes pour la durée du séjour.

Joindre la copie de la dernière ordonnance.

NOM DE L'INSULINE	LABORATOIRE			PRÉSENTATION				NOMBRE D'UNITÉS				
	Sanofi-Aventis	Lilly	Novo-Nordisk	Flacon	Stylo jetable	Cartouche	Cartouche Opticlick	8 H	12 H	16 H	19 H	22 H
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Stylo  Seringue   
 Aiguilles : 12.7 mm  8mm  5mm  4mm

M  
E  
D  
I  
C  
A  
L

**L'enfant est porteur d'une pompe.**

Marque : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Référence : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du prestataire de service :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Insuline utilisée : \_\_\_\_\_ Flacon  Stylo jetable  Cartouche

Type de cathéter :

Type de tubulure :

Rythme de base selon le schéma suivant :

Heure:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Débit de base en u/h :																									

Bolus en unités : \_\_\_\_\_ Matin |\_\_\_\_| Midi |\_\_\_\_| Goûter |\_\_\_\_| Soir |\_\_\_\_|

**Votre enfant sait-il :**

Gérer seul les gestes techniques  Gérer sous surveillance  Ne sait pas gérer

Nous vous remercions de :

1 - Joindre le protocole de remplacement qui sera utilisé en cas de dysfonctionnement de la pompe.

2 - Mettre dans la valise de votre enfant : le livret simplifié d'utilisation de la pompe et le matériel de soins pour un changement tous les 2 jours : cathéters, tubulures, réservoir et patches anesthésiques, et changez la veille du départ, le système d'infusion (cathéter, tubulures...) de la pompe de votre enfant. (Ne pas mettre de pompe de sécurité dans la valise (perte), le prestataire interviendra).

## Questionnaire médical, à compléter par le médecin

### HbA1c

Résultats	Résultats	Dates	Normes du laboratoire
Dernier résultat			
Avant dernier résultat			
Précédent résultat			

Prise habituelle de collation : 10 h  16 h  22 h

Votre enfant pratique-t-il l'insulinothérapie fonctionnelle (IF) ? Oui  Non

**HYPOGLYCÉMIES SÉVÈRES** au cours des 12 derniers mois (fréquence - horaires - gravité) :

**HYPERGLYCÉMIES SÉVÈRES AVEC ACÉTONE** au cours des 12 derniers mois (fréquence) :

Pathologie(s) associée(s) :

Traitement(s) associé(s) : (joindre la copie de la dernière ordonnance)

Les médicaments autres que l'insuline doivent être fournis en quantité suffisante pour la durée du séjour par la famille.

**Vaccinations.** DT Polio obligatoires : oui  non   
 R.O.R\* : oui  non   
 HEPATITE B\* : oui  non

\* La vaccination contre la rougeole est demandée pour les enfants de moins de 10 ans.

\* La vaccination contre l'hépatite B est fortement recommandée. Parlez-en à votre médecin.

Etat clinique actuel :

Poids : Taille :

SUIVI PSYCHOLOGIQUE HORS PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE :

oui  non

Troubles du comportement : oui  non

Problème social ou familial : oui  non

En cas de suivi psychologique ou trouble(s) du comportement, joindre l'observation détaillée du praticien qui prend en charge l'enfant.

Je soussigné(e), Dr .....  
 certifie l'absence de contre indication :

- à un séjour AJD,
- à la pratique des sports y compris la natation,
- à la vie en collectivité,

et atteste avoir validé les informations du dossier médical.

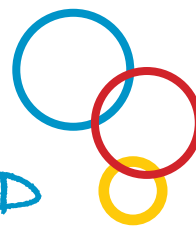
● Mes attentes spécifiques pour l'enfant pendant ce séjour à l'AJD sont :

Cachet du médecin précisant le nom et l'adresse

Fait à : le : Signature :



# Prescription d'un séjour AJD



Comme pour certaines prescriptions médicales, le médecin, l'enfant et sa famille évaluent ensemble l'intérêt et l'opportunité d'un traitement. Le bénéfice de celui-ci dépend de la bonne connaissance des effets attendus et des éventuels effets secondaires.



## Le ministère de la santé recommande.

“ Tout enfant diabétique de plus de six ans devrait participer à un séjour d'éducation médicale. Tout parent d'enfant diabétique de moins de six ans devrait avoir la possibilité de participer à un séjour d'éducation médicale Parent Enfant s'il le souhaite ” (extrait des travaux et des conclusions du Haut Comité de Santé Publique et de la troisième Conférence Nationale de Santé, année 1998 - Recommandations du parcours de soins de l'enfant diabétique Haute Autorité de Santé 2006).

L'AJD, promoteur de ces séjours depuis plus de cinquante ans, vous aide à décider.

Les parents des plus petits prendront un temps de répit, et pourront apprendre les bonnes conduites du traitement au travers des exemples rapportés sur le carnet de surveillance de l'enfant. Dans tous les cas, les objectifs médicaux, sociaux et psychologiques représentent l'essentiel des indications.



## Un séjour AJD s'avère très utile et est indiqué:

1. Pour les enfants qui ont un diabète récent, nécessitant une première expérience de formation médicale extra hospitalière, (nécessité d'acquérir le savoir, le savoir faire, tout en s'assurant du bon épanouissement de l'enfant).
2. Pour les enfants qui ont un diabète plus ancien, nécessitant une remise à niveau des connaissances (Rappel des acquis).
3. Pour tous les enfants qui ont un diabète, momentanément en “ crise de confiance ” et en perte d'autonomie (nécessité d'améliorer l'adhésion au traitement).

4. Pour les enfants qui possèdent les connaissances théoriques, mais qui éprouvent des difficultés de mise en œuvre (nécessité d'acquérir du savoir-faire dans les techniques d'injections, dans les conduites alimentaires, dans l'adaptation des doses d'insuline).

5. Pour les enfants et les adolescents qui se sentent seuls avec leur diabète.



## Contre indications

Elles sont exceptionnelles. Le plus souvent, elles sont liées à l'inadéquation entre les objectifs des séjours, l'organigramme médical et d'animation des centres, les moyens mis à disposition par les agences régionales d'hospitalisation et l'état de santé, ou l'autonomie psychomotrice de l'enfant.

1. Les enfants et les adolescents qui ont un diabète et qui manifesteraient de manière réitérée le refus de l'éducation médicale et celui de la vie en collectivité à l'AJD.
2. Les enfants qui ont un diabète associé à une pathologie particulièrement lourde (traitements, soins annexes, surveillance renforcée nécessitant une tierce personne).
3. Les enfants qui ont un diabète associé à une difficulté psychologique ou motrice sévère incompatible avec les notions de vie en collectivité sportive.
4. **Dépendances et conduites addictives (drogue, tabac) : Conformément au code de Santé Publique pour la lutte contre les fléaux sociaux, défini par la loi Evin, le centre étant destiné à l'accueil des mineurs, il est interdit d'y installer des emplacements réservés aux fumeurs. L'AJD demande que les adolescents qui fument entreprennent une démarche de sevrage avant leur séjour.**



## Effets secondaires

Ils sont d'autant plus rares que l'indication a été bien posée. L'analyse régulière des nombreux paramètres définissant l'intérêt des séjours le montre régulièrement, même si ce que l'on attendait en priorité n'est pas au rendez-vous !

1. Le rythme différent et les activités peuvent entraîner des modifications importantes de doses d'insuline :

- Les modifications des doses d'insuline de moins de vingt pour cent.
- Les modifications de proportion entre les insulines rapides et les insulines d'action retardées.

- Le passage temporaire du stylo à la seringue en attendant de retrouver les meilleures proportions (changement d'insuline pour ceux qui utilisent les mélanges prédéterminés), ne sont pas considérées comme changement de traitement mais comme simple adaptation.

Par contre, tout changement d'insuline devra se faire avec l'accord préalable du médecin traitant de l'enfant et des parents.

2. Le diabète peut être momentanément déséquilibré. Le retour rapide aux doses antérieures pratiquées à la maison résout souvent le problème de déséquilibre transitoire.

3. Les modes alimentaires peuvent parfois se modifier autour du sport, des appétits, des goûts individuels et des impératifs d'intendance. Il n'est pas difficile de revenir rapidement aux habitudes de la vie tranquille.

4. Les prises de poids sont possibles, plutôt modérées.

5. Les pertes de poids sont possibles, plutôt modérées.

Bon séjour!