

VOLPOET Fabien (Cadre administratif) tél : 03 80 66 02 40 Ld: 03 80 66 02 46 email: ime-noidans.ug-bfc@ugecam.assurance-maladie.fr Vréf N/réf Date : 09/11/2022	
---	--

**Enfant concerné :**

né(e) le

**Objet : Dossier Administratif**

Madame, Monsieur,

Vous nous avez confié votre enfant pour un accompagnement médico - éducatif.

Nous vous proposons de constituer ou de mettre à jour le dossier de la personne accompagnée

- Je vous invite à prendre connaissance des éléments que nous avons précédemment renseignés
- vous pouvez modifier ou rajouter des informations

Nous vous demandons de nous retourner ce dossier avec les pièces administratives manquantes ou mis à jour.

Vous trouverez ci joint

- le Calendrier d'ouverture en année civile

L'équipe de Plateforme Noidans-lès-Vesoul GROUPE UGECAM reste à votre disposition.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Pour La Directrice  
VOLPOET Fabien (Cadre administratif)

GROUPE UGECAM Plateforme Noidans-lès-Vesoul  
25 rue frapertuis  
70000 NOIDANS-LES-VESOUL



## Dossier Parcours de vie

Vous pouvez modifier en rouge les éléments erronés

### Identité

<u>Civilité</u> : .....
<u>Nom de naissance</u> : .....
<u>Nom d'usage</u> : .....
<u>Prénom</u> : .....
<u>Autres prénoms</u> : .....
<u>Sexe</u> : .....
<u>Rang fratrie</u> .....

### Adresse Domicile :

Adresse : ..... .....	<b>Mode d'habitat</b> : [sujet_modehabitat/] <input type="checkbox"/> Chez un membre de sa famille <input type="checkbox"/> En famille d'accueil <input type="checkbox"/> En structure médico-sociale collective <input type="checkbox"/> En structure médico-sociale éclatée <input type="checkbox"/> Dans son propre Logement <input type="checkbox"/> Dans son propre Logement avec accompagnement à Domicile <input type="checkbox"/> Collectif
code postal / Ville : .....	

### Téléphone

Téléphone Fixe : .....  
Téléphone portable : .....  
Email : .....

### En cas d'urgence :

NOM	Téléphone
..... .....	.....
..... .....	.....
..... .....	.....

**Date de naissance** : .....

Lieu de Naissance : .....  
Nationalité : .....  
Seconde nationalité : .....

## ATTESTATION A FOURNIR /

	<b>Nous FOURNIR</b>
<b>IDENTITEE</b>	copie pièce d'identité Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
<b>Assurance Maladie :</b>	Attestation d'assurance maladie en cours de validité
<b>COMPLEMENTAIRES SANTE / MUTUELLE</b>	Attestation mutuelle/ complémentaire en cours de validité
<b>ALLOCATIONS FAMILIALES:</b>	Attestation CAF
<b>ASSURANCE</b>	Attestation d'assurance Scolaire ou responsabilité civile en cours de validité

## ADRESSES:

### Adresse résidentielle

Si adresse résidentielle différente de l'adresse de domicile :

Adresse : .....

.....

Code Postale / ville :

.....

### Adresse Courrier 1

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postale / ville :

.....

### Adresse Courrier 2

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postale / ville :

.....

### Adresse Courrier 3

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postale / ville :

.....

### Autre adresses :

.....

## Environnement:

### Nombre de personnes au Foyer

Parents : .....  
 Grands-parents : .....  
 Soeurs : .....  
 Frères: .....  
 Autres : .....  
 Commentaires: .....

### Situation maritale des parents :

<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Séparés	<input type="checkbox"/> Veuf
<input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Concubins	<input type="checkbox"/> Veuve
		<input type="checkbox"/> Pacsés

Commentaires:.....

### Observations :

### Régime :

*Pour les personnes orientées en IME*

<input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> Internat Aménagé <input type="checkbox"/> Externe	Commentaires: .....
---	------------------------

### Accueil pour le week end :

.....

## Membres de la famille :

	1 _____	2 _____	3 _____
Civilité			
Nom d'usage			
Nom de Naissance			
Prénom :			
Date de Naissance :			
à			
Nationalité			
Langue parlée			
Situation familiale			
Date de la situation familiale			
Profession			
A Autorité sur l'usager?			
En contact avec l'usager			
Adresse			
code postal			
Ville			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Téléphone portable			
Email			
Parenté			
Rang Fratrie			
Observations :			

	3 _____	4 _____	5 _____
Civilité			
Nom d'usage			
Nom de Naissance			
Prénom :			
Date de Naissance :			
à			
Nationalité			
Langue parlée			
Situation familiale			
Date de la situation familiale			
Profession			
A Autorité sur l'usager?			
En contact avec l'usager			
Adresse			
code postal			
Ville			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Téléphone portable			
Email			
Parenté			
Rang Fratrie			
Observations :			



## Equipe soignante:

Nom Médecin traitant :.....

Adresse :.....

.....

Code Postal /ville :.....

numéro de téléphone: .....

Votre enfant est il accompagné par d'autres professionnels de santé que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe de Noidans Les Vesoul?

.....

## Parcours de la personne / derniers établissements ou services fréquentés :

Établissement ou service fréquenté	Date d'entrée	Date de sortie	commentaires

## Mesure de Protection

Est ce qu'il y a une mesure de protection?

<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée de la personne <input type="checkbox"/> Curatelle Gestion patrimoniale <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> curatelle renforcée protection de la personne <input type="checkbox"/> Curatelle simple	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Tutelle Protection de la personne <input type="checkbox"/> Tutelle gestion patrimoniale	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Mandat de protection future <input type="checkbox"/> mesure d'accompagnement social personnalisé
<input type="checkbox"/> mesure de protection administrative <input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement judiciaire <input type="checkbox"/> Mesure d'accompagnement judiciaire ( enfance )		<input type="checkbox"/> habilitation judiciaire aux fins de représentation du conjoint <input type="checkbox"/> Habilitation familiale <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sans objet

### Personne chargée de la protection :

Organisme : ..... Nom:..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... Code Postal / Ville : .....	Téléphone / Email : .....  Date de naissance : ..... parenté : ..... Observations: ..... .....
---	---

### Transports:

Temps de trajet entre le domicile et l'établissement : [transport_duree/] ..... Mode de transports : ..... Descriptif : .....  Société : ..... temps de trajet : ..... Commentaires : .....
--

## AUTORISATION / Droit à l'image

Au cours de l'année votre enfant peut être photographié/filmé individuellement ou en groupe lors d'activités. Les photos/films peuvent être utilisées comme document de nature pédagogique, pour des expositions ou des publications

La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, sa vie privée et à sa réputation.

Nous soussignés Madame, Monsieur.....

<b>Je donne mon accord pour le l'utilisation de l'image</b>	
<b>JE COCHE</b>	
<b>OUI</b>	<b>NON</b>
O	O

Plateforme Noidans-lès-Vesoul, représentée par LACROIX Emmanuelle (Directeur), de photographe, filmer et de publier ou exposer, diffuser la (les) photographie(s) ou le(s) film(s) représentant notre enfant nommé ..... ;  
né(e) le .....  
Cette autorisation est valable un an à date de signature.

*exemples : Publication dans le rapport d'activité, journal interne, la presse locale, le site internet UGECAM. Réseau professionnel LinkedIn  
Illustration du livret d'accueil  
Vidéos à destination des parents et partenaires de l'établissement  
Exposition de photographies*

Signatures		Date :	
<b>Signature du parent 1 (ou représentant légal) :</b>	<b>Signature du parent 2 (ou représentant légal) :</b>	<b>Signature du jeune (mineur)</b>	<b>Signature du bénéficiaire (majeur)</b>

## AUTORISATION / premiers soins

**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. C'est le médecin du SAMU et/ou le médecin ou chirurgien hospitalier qui prendront en urgence, conformément à la loi, la décision, en fonction de l'état de santé de l'enfant si l'autorisation éclairée des parents ne peut être obtenue.

Je soussigné(e),.....  
autorise

à hospitaliser mon enfant .....  
né(e) le .....\_ ..... ans  
numéro de sécurité sociale :

au Centre Hospitalier public le plus proche, en cas d'urgence :  
pour donner les premiers soins / pour intervention chirurgicale, sous anesthésie générale.

En cas d'urgence prévenir :..... [sujet\_urgence/]

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :  
En cas de maladie indépendante de la situation qui justifie de la prise en charge, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement)

Cette autorisation est valable pour un an à compter de la signature

Signatures		Date :	
Signature du parent 1 (ou représentant légal) :	Signature du parent 2 (ou représentant légal) :	Signature du jeune (mineur)	Signature du bénéficiaire (majeur)

## AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné .....autorise les professionnels de Plateforme Noidans-lès-Vesoul /  
NOIDANS-LES-VESOUL

à transporter l'enfant : ..... ;

né le.....

avec un véhicule du service, pour se rendre à un rendez-vous ou pour participer à une activité.

Validité durant la durée de la prise en charge par Plateforme Noidans-lès-Vesoul GROUPE UGECAM

Signatures		Date :	
Signature du parent 1 (ou représentant légal) :	Signature du parent 2 (ou représentant légal) :	Signature du jeune (mineur)	Signature du bénéficiaire (majeur)

## CONSENTEMENT AU RECUEIL ET À L'ÉCHANGE DE DONNÉES PERSONNELLES DANS LE CADRE DES MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste avoir été informé(e) que des données personnelles sont collectées dans le cadre des prestations qui me sont délivrées

Ces informations recueillies lors de mon séjour feront l'objet de traitements ayant pour **finalités** :

- La gestion administrative de mon dossier,
- La gestion et tenue de mon dossier individuel de soins dans le cadre du suivi médical et paramédical,
- La gestion des accompagnements sociaux et/ou psychologiques et/ou éducatifs,
- La gestion et suivi de mes activités individuelles ou collectives,
- L'élaboration et le suivi de mon projet personnalisé d'accompagnement,
- L'établissement de statistiques, d'études internes et d'enquêtes de satisfaction aux fins d'évaluation des activités, de la qualité des prestations et des besoins à couvrir,
- L'organisation et suivi de mon parcours d'insertion et/ou d'intégration scolaire, sociale et/ou professionnelle,
- Mon accompagnement et suivi dans l'accès à mes droits, y compris les droits relatifs à la fin de vie.

J'accepte que les informations recueillies lors de mon séjour puissent faire l'objet d'**échanges limités à ce qui est strictement nécessaire** entre professionnels de l'équipe d'accompagnement en vue d'évaluer ma situation et afin de déterminer les actions à mettre en œuvre dans le cadre de mon suivi médico psycho social et éducatif

**L'établissement qui vous accueille met à votre disposition la liste des professionnels participants à l'équipe d'accompagnement et leurs fonctions (équipe pluridisciplinaire).**

Dans tous les cas, mes données personnelles seront **traitées de manière confidentielle** et **conservées pendant une durée limitée** (par exemple sauf exception réglementaire : dossiers médicaux 20 ans à compter du dernier passage, projet personnalisé 5 ans à compter du dernier passage ...).

Je suis informé(e), que les échanges d'informations entre les professionnels seront faits dans le respect de l'article L1110-4 du code de la santé publique et du décret 2016-994 du 20 juillet 2016 qui codifient les règles d'échanges entre les professionnels de santé et les autres professionnels des champs social et médico-social.

Je consens à ce que des **échanges limités avec des organismes extérieurs** puissent également avoir lieu afin d'assurer le suivi de ma prise en charge dans une **logique de parcours**. Ces échanges n'auront pour finalité que de permettre d'évaluer ma situation afin de déterminer les actions à mettre en œuvre dans le cadre de mon suivi médico psycho social et éducatif. **Dans le cadre de ces échanges, les professionnels concernés m'informeront de la nature des données échangées et de l'identité du destinataire.**

Durant la délivrance des prestations je serai avisé(e), du caractère soit obligatoire, soit facultatif, du recueil de mes données personnelles ; si je choisis de m'opposer au recueil de certaines informations ou de leur échange, je devrais être averti(e), des conséquences de mon choix.

Conformément au Règlement européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi « informatique et libertés » du 20 juin 2018, je bénéficie, pour les informations qui me concernent, d'un **droit d'accès**, de **rectification**, **d'opposition** de transfert et de **suppression** des données **sous réserve des dispositions légales en vigueur**.

Mes demandes sont à adresser à la Direction de l'établissement qui m'accueille.

L'UGECAM BFC a désigné un délégué à la protection de données que je peux contacter pour toutes informations complémentaires par **Téléphone : 03 80 46 88 30** ou par courrier **3 Rue Georges Bourgoïn, 21121 Fontaine-lès-Dijon**

Je peux également m'informer sur la RGDP et la loi informatique et libertés ainsi que sur mes voies de recours sur le site de la Commission Nationale Informatique et Libertés <https://www.cnil.fr>.

Signatures		Date :	
<b>Signature du parent 1 (ou représentant légal) :</b>	<b>Signature du parent 2 (ou représentant légal) :</b>	<b>Signature du jeune (mineur)</b>	<b>Signature du bénéficiaire (majeur)</b>

### Autorisation du partage d'informations aux partenaires par la MDPH

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été orienté dans notre établissement GROUPE UGECAM Plateforme Noidans-lès-Vesoul par la MDPH.

Des éléments d'informations complémentaires ( médicaux, psychologiques, administratifs) peuvent nous être transmis/ accessibles par la MDPH si vous en êtes d'accord. Ces éléments nous sont utiles pour améliorer le suivi de votre enfant

Nous ne pouvons y avoir accès qu'avec votre accord

**Je soussigné(e), M. Mme** .....

Je confirme :

détenir l'autorité parentale pour mon enfant .....

être le tuteur de Mr Mme .....

<b>Je donne mon accord pour le transfert du dossier MDPH ou l'accès aux information des professionnels de Noidans habilités</b>	
<b>JE COCHE</b>	
<b>OUI</b>	<b>NON</b>
O	O

Signatures		Date :	
<b>Signature du parent 1 (ou représentant légal) :</b>	<b>Signature du parent 2 (ou représentant légal) :</b>	<b>Signature du jeune (mineur)</b>	<b>Signature du bénéficiaire (majeur)</b>

## Fiche Informations Médicales

(A nous fournir sous pli CONFIDENTIEL adressé à l'infirmière )

**NOUS FOURNIR :** Prescriptions en cours.

**NOUS FOURNIR :** Copie carnet de santé / partie vaccinations

### NOM/PRENOM

Appareillage:

Allergies médicamenteuses

Attitude face aux soins

### Alimentation

Allergie et troubles associés

Régimes

Modalités

Date :

Renseigné par :