Documents à renvoyer pour la constitution du dossier

Dans un délai de 10 jours à compter de la réception du dossier par la famille, pour permettre son examen en commission d'admission.

Pour tous les séjours

- ☐ **Questionnaire médical rempli et signé par votre médecin**
- ☐ **Prescription médicale pour séjour climatique d'altitude établie par votre médecin sur une ordonnance. (OBLIGATOIRE)**
- ☐ **Dernière ordonnance et selon les comptes-rendus d'hospitalisations, résultats d'examens, PAI, etc**.
- ☐ Copie des pages de vaccinations (*Carnet de santé*)
- ☐ **Fiche Informations légales d'ordre administratif**
- ☐ **Fiche de renseignements**.
- ☐ Feuillet « Engagement des parties joint au livret d'accueil » signé - Livret à lire avec l'enfant avant son entrée et à conserver chez vous ou à lire en ligne sur : www.asthme-enfant.fr/notre-documentation/
- ☐ Copie de toutes les pages du livret de famille et jugement de divorce pour les parents séparés.
- ☐ Copie de la pièce d'identité de l'enfant (*avec la mention copie certifiée conforme et signée par vous*)
  La pièce d'identité physique **est uniquement demandée en cas d'examens scolaires** (brevet, bac...)
- ☐ Photo **: Transmettre une photo du visage (portrait) prise via un smartphone**
- ☐ Copie de la pièce d'identité du ou des responsable(s) légal(aux) accompagnées de l'autorisation de sortie de territoire dument complétée (*utile en cas de nécessité de convoyage par l'Italie*).
- ☐ Copie de l'attestation papier d'ouverture de droits à la sécurité sociale (les dates de validité DOIVENT couvrir la période de séjour prévue), avec mention du 100% ou ALD si votre enfant en est bénéficiaire.
- ☐ **Copie de la carte Mutuelle recto-verso** ou attestation C M U en cours de validité.
- ☐ **Copie Assurance Responsabilité Civile** (voir assurance habitat) Scolaire et/ou Extra-scolaire
- ☐ Autorisation de sortie pour les plus de 13 ans dûment complétée et signée

  Pour les enfants de + de 8 ans : la copie du BREVET de NATATION 25m ou 50m si en votre possession

  CHAMBRE PARTICULIERE : ☐ OUI ☐ NON

- ☐ **Participation aux frais engagés** VOIR au VERSO « Participation familles » (*règlements bien identifiés dans 1 enveloppe au nom de l'enfant par CHEQUE de préférence*) :
  - Activités : ..... €
  - Participation transport : ……€ (si présent aux convois organisés par La Guisane)
  - Argent Poche (*facultatif*) : ..... €
  - ***Règlement de 10€*** (*chèque ou espèce*) pour la remise du badge de chambre

Pour les Patients à l'année scolaire :

- ☐ **Copie des 3 bulletins de l'année écoulée**, avec avis de passage et/ou bulletins de l'année en cours et **comptes-rendus orthophonie ou autres si vous en avez.**
- ☐ **EXEAT ou Certificat de Radiation quand l'affectation nous est parvenue de l'inspection.**

Fonds de dotation « Association LA GUISANE »
Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique
Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON
Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr
www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

SSR LA GUISANE

Fondation Edith Seltzer

PARTICIPATION FAMILLES

Madame, Monsieur,

Votre enfant va être hospitalisé dans notre établissement. Les frais liés à son séjour sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Par contre, celle-ci refuse d'inclure dans notre tarif certaines dépenses résultant de la vie quotidienne.

Nous sommes donc amenés à vous demander les contributions suivantes :

SEJOUR : ANNÉE SCOLAIRE

- Une participation forfaitaire aux activités non médicales proposées par l'établissement :
  - 60€ par mois ou 180 € par trimestre pour les collégiens et lycéens.
  - 40€ par mois ou 120 € par trimestre pour les primaires.

Sans ce règlement votre enfant ne pourra pas bénéficier des activités payantes.

- Une provision sur les frais de scolarité et produits d'hygiène de 50 €.
- De l'argent de poche pour votre enfant dont le montant est laissé à votre discrétion.
- Si vous souhaitez inscrire votre enfant aux activités extra-scolaires de ville l'inscription sera à votre charge.
- 10€ de règlement par chèque, virement ou espèce contre le badge d'entrée en chambre

Pour les enfants qui participent aux convois organisés par nos soins :

Une participation forfaitaire est demandée :

PARIS :

- 150 € Billet Aller et Retour

Règlement total des billets à l'année (soit 5 chèques de 150€ encaissables avant chaque convoi).

A défaut des règlements votre enfant ne participera pas aux convois institutionnels.

MARSEILLE / LYON-GRENOBLE :

- 60 € Trajet Aller et Retour

Règlement total des billets à l'année (soit 5 chèques de 60€ encaissables avant chaque convoi).

A défaut des règlements votre enfant ne participera pas aux convois institutionnels.

- - -

SÉJOURS COURTS : ÉTÉ - VACANCES DE TOUSSAINT, D'HIVER et de PRINTEMPS

- Une participation forfaitaire de 60€ aux activités non médicales proposées par l'établissement pour les séjours de 3 semaines ou d'un mois (l'été *: 120€ si 2 mois de séjour consécutifs)*.
- L'argent de poche de votre enfant dont le montant est laissé à votre discrétion.
- 10€ de règlement par chèque virement ou espèce contre le badge d'entrée en chambre

Pour les enfants qui participent aux convois organisés par nos soins :

Une participation forfaitaire est demandée :

PARIS :

- 150 € Billet Aller et Retour

MARSEILLE / LYON-GRENOBLE :

- 60 € Trajet Aller et Retour

Les règlements sont à verser avant le séjour par tout moyen à votre convenance (en cas de virement merci de préciser pour quel enfant il est effectué).

Fonds de dotation « Association LA GUISANE »
Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique
Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON
Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr
www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

SSR LA GUISANE

Fondation Edith Seltzer

Fiche d'Informations légales d'ordre administratif

Ce document est renseigné au service administratif lors de l'accueil administratif du patient – une photocopie est ensuite remise au service médical pour être intégrée au dossier médical, l'original est conservé dans le dossier administratif.

Identité « Patient »

NOM : ..... **Prénom** : ..... Sexe : F ☐ - M ☐

Date de naissance ...../ ...../ ..... Téléphone portable : .....

Identité « Détenteurs de l'autorité parentale » - personne à prévenir

Mr/Mme **NOM** :..... **Prénom** : .....

Lien de parenté : .....

Adresse :……

……

Tél. fixe :..... Tél. port : .....

Mail : ..... @ .....

Si parents non joignables, autre(s) personne(s) à contacter (nom + coordonnées) :

.....
.....
.....

Identité « Personne de confiance » (autre que le détenteur de l'autorité parentale)

« Art. L. 1111-6. - **Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant**, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. » - Loi 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Divulgation de la présence

Dans le cadre de l'hospitalisation de mon enfant à la Guisane,

☐ **J'accepte**, ☐ **Je n'accepte pas**,

Que sa présence au sein de l'établissement soit divulguée.

Si vous ne souhaitez que sa présence soit divulguée cette consigne sera appliquée systématiquement pour toute requête. Ceci peut entraîner des désagréments que vous devez envisager au préalable et pour lesquels l'établissement se décharge de toute responsabilité.

TSVP →

Autorisation de publier

Je soussigné(e), …… ……...,

Représentant(e) légal(e) de l'enfant……,

☐ **Autorise** la publication d'images de mon enfant (photo ou vidéo) ainsi que de ses différents travaux réalisés au cours de son séjour, sur différents supports (panneaux situés dans la maison, albums mis à disposition des visiteurs dans le hall, journal interne, vidéos internes, site Internet de la Guisane, livret d'accueil du dossier d'admission, articles de presse écrite sur notre établissement, reportages de média audiovisuel).

Il pourra s'agir (rayer si nécessaire) :

- de textes ; de dessins ; de photos ou vidéos prises en tant qu'opérateur (votre enfant est l'auteur) ;
- de photos ou vidéos prises en tant qu'acteur (votre enfant est pris sur la photo ou vidéo) ;
- de publication sur le site internet de la Guisane ou sur le livret d'accueil.

☐ **N'autorise pas** la publication d'images de mon enfant, ni des différents travaux qu'il aura effectués au cours de son séjour

Consentement éclairé

Je soussigné(e), ... , détenteur de l'autorité parentale de l'enfant : ..... né(e) le …… hospitalisé(e) à "La Guisane", certifie avoir été informé(e) des objectifs du séjour de mon enfant et éclairé(e), ainsi que mon enfant, au sujet :

- de la limitation de la responsabilité de l'établissement concernant les objets de valeur non déposés au secrétariat ;
- des examens susceptibles d'être réalisés en cours de séjour :

☐ **En cas d'urgence, je demande à être prévenu(e) de l'état de santé de mon enfant et autorise le médecin en charge de celui-ci, à le transférer vers la structure hospitalière adéquate ;**

☐ **J'autorise le médecin de l'établissement d'accueil ou la direction à faire pratiquer toute anesthésie et intervention chirurgicale d'urgence ainsi que tous soins et jugés comme tels par le médecin, pour mon enfant ;**

☐ **J'autorise le médecin de l'établissement à pratiquer tout examen et à prescrire tout traitement qu'il jugera nécessaires, pouvant mener à des rendez-vous avec des spécialistes de la Nutrition, de la Psychologie, de la Kinésithérapie ou Réadaptation à l'effort (ou autres en fonction des besoins de l'enfant), et consens à ce que l'ensemble des informations soient communiquées au Dr …….. mon médecin traitant ;**

☐ **J'autorise mon enfant à intégrer un programme d'éducation sanitaire et consens à ce que les informations soient communiquées au médecin traitant ;**

☐ J'autorise les étudiants en formation à la Guisane à participer aux visites médicales.

Par la présente, je donne mon consentement éclairé à cette démarche.

Je me réserve le droit de retirer cette autorisation à tout moment.

Date ...../...../ ..... **Signature .....**

Fondation Edith Seltzer

Fiche de Renseignements Administratifs et Médicaux

****

ENFANT : (nom-prénom) ..... Fille ☐ - Garçon ☐

Né(e) le : ..... **à** :..... (Pour les grandes villes préciser arrondissement)

N° de téléphone de l'enfant : .....

Adresse : .....

.....

Fratrie :

Nombre de frères et sœurs :..... Position dans la fratrie :.....

****

PARENTS :

Père : (nom-prénom) : ..... Profession : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

.....

Tél Dom. : ..... Tél. port. : ..... Tél Trav. : .....

Adresse Mail :..... @ .....

****

Mère : (nom-prénom) : ..... Profession : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

.....

Tél Dom. : ..... Tél. port. : ..... Tél Trav. : .....

Adresse Mail :..... @ .....

Autorité parentale : Père/Mère ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre responsable ☐

Copie du jugement de divorce obligatoire

****

Matricule Sécurité Sociale de l'assuré : ..... CMU : OUI ☐ - NON ☐

Adresse de la Caisse : .....

.....

Nom et adresse de la Mutuelle : .....

.....

N° Assurance Scolaire : .....

Nom et Adresse : .....

.....

I) Antécédents Médicaux familiaux :

Y a-t-il eu dans la famille (père, mère, frères et sœur, oncle et tantes, ainsi que les grands-parents) des cas de :

Asthme ? ☐ Oui - ☐ Non Chez qui : .....

Bronchiolite(s) : ☐ Oui - ☐ Non Chez qui : .....

Rhume des foins ? ☐ Oui - ☐ Non Chez qui : .....

Eczéma ? ☐ Oui - ☐ Non Chez qui : .....

Autres : ..... Chez qui : .....

II) Chez l'enfant concerné par le séjour climatique :

1) Maladie de la petite enfance :

Eczéma : ☐ Oui - ☐ Non Date : ..... Coqueluche : ☐ Oui - ☐ Non Date : .....

Bronchiolite(s) ☐ Oui - ☐ Non Date : .....

Autres pathologies (reflux, etc.) : ..... Date(s) : .....

2) Interventions chirurgicales :

Amygdales : ☐ Oui - ☐ Non Date :..... Appendicite : ☐ Oui - ☐ Non Date : .....

Végétations : ☐ Oui - ☐ Non Date : .....….

Autre(s) opération(s) : ..... Date(s) : .....

Transfusion(s) sanguine(s) : ☐ Oui - ☐ Non Date(s) : .....

3) Maladie actuelle :

Asthme : ☐ Oui - ☐ Non

Autre pathologie respiratoire : ☐ Oui - ☐ Non - Si oui, laquelle : .....

Absentéisme scolaire : ☐ Oui - ☐ Non - Nombre de jours/an : .....

Hospitalisations : ☐ Oui - ☐ Non - Dates : .....

4) Conditions de vie au domicile :

Type habitat : Appartement ☐ - Maison ☐ - Ancien ☐ - Ancien rénové ☐ - Nouveau ☐
Bailleur Social ☐ - Temporaire (hôtel ou foyer social) ☐

Confort : Nombres d'occupants au foyer : ..... Nombre de chambres : Logement dégradé ☐
Qualité du chauffage : satisfaisant Oui ☐ Non ☐ - Recours à un chauffage d'appoint ☐

Environnement : Ville ☐ - Campagne ☐ - Banlieue ☐ - Moquette sol ou murale ☐ - Tapis ☐
Peintures anciennes ☐ Humidité ☐ - Moisissures ☐ - Animaux de compagnie ☐ -
Nuisibles (Blattes, etc.) ☐ - Pollution atmosphérique ☐ -
Parent(s) fumeur(s) au domicile Oui ☐ - Non ☐

5) Allergies respiratoires – Allergies ou évictions alimentaires :

.....

.....

6) Traitement actuel :

.....

.....

7) Désensibilisation : ☐ Oui - ☐ Non – Pour quel(s) allergène(s) : .....

Si oui : en gouttes ou en pressions ☐ Oui - ☐ Non

en injections ☐ Oui - ☐ Non

8) Activité sportive actuelle : ☐ Oui - ☐ Non si oui, laquelle : .....

9) Séjour(s) antérieurs(s) :

Séjour(s) climatique(s): ☐ Oui - ☐ Non Si oui : où :.....

Date(s) : ..... Résultats : .....

Cure(s) thermale(s) : ☐ Oui - ☐ Non Si oui : où :.....

Date(s) : ..... Résultats : .....

Coordonnées Médecin Spécialiste (Pédiatre – Allergologue – Pneumologue – etc.)

NOM : ..... Prénom : ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

Mail : .....Tél. : .....

Coordonnées Médecin Généraliste :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Mail : .....Tél. : .....

III) Suivi paramédical : (si oui précisez : Nom-adresse-téléphone-période-fréquence des séances)

Orthophonistes : ☐ Oui ☐ Non ....

.....

Psychomotriciens : ☐ Oui ☐ Non .....

.....

Psychologues ou psychothérapeutes : ☐ Oui ☐ Non .....

.....

CMPP : ☐ Oui ☐ Non .....

.....

Dossier MDPH : (si oui joindre bilan compte rendu) : ☐ Oui ☐ Non .....

.....

Assistante Social ou Éducateur de Secteur : ☐ Oui ☐ Non .....

.....

IV) Scolarisation Actuelle :

Niveau scolaire – Classe actuelle : : .....

Langue vivante 1 : ☐ Anglais - ☐ Allemand - ☐ Espagnol - ☐ Italien - ☐ Autre : .....

Langue vivante 2 : ☐ Anglais - ☐ Allemand - ☐ Espagnol - ☐ Italien - ☐ Autre : .....

Établissement fréquenté : .....

Adresse : .....

Joindre copie des 3 derniers bulletins trimestriels pour les séjours à l'année scolaire

V) Autres informations concernant votre enfant :

- Autonomie dans les actes de la vie quotidienne : (selon âge)

☐ Gère son linge correctement ☐ Se lave tout(e) seul(e)

☐ Mange tout(e) seul(e) ☐ S'habille tout(e) seul(e)

- Relations sociales :

☐ Problème relationnel ☐Timide

☐ Problème de comportement à l'école ☐ Difficulté à s'exprimer

VI) Antécédents COVID 19 et Vaccination :

Si infection date du test de confirmation : ..... (joindre document)

Si vaccination date : 1ère injection : ..... 2ème injection : ..... (joindre document)

VII) Divers : utilisez cette partie de page pour nous indiquer vos attentes pour ce séjour ou nous signaler tout autres compléments ou explications que vous souhaitez communiquer, et qui peuvent aider à mieux situer les difficultés de votre enfant, et son histoire particulière, problèmes familiaux, religion, etc. (Précisez qui est le rédacteur. Merci): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demande de chambre individuelle : ☐ ***(attention : cette demande entraîne un surcoût de la prise en charge)***

Date : ..... Signature :

« Conformément à la loi 78-17 du 06 Janvier 1978, la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ce droit d'accès pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier »

SSR LA GUISANE

Fondation Edith Seltzer

Démarches Administratives et informations autour du séjour

La demande de Séjour :

Les séjours ne sont plus soumis à la demande d'entente préalable. Toutefois, lors de l'établissement du dossier, ***la famille est tenue de produire l'original de la prescription médicale de séjour***.

Cette prescription doit être établie sur une ordonnance, soit par le médecin spécialiste, soit par le médecin traitant. Ce dernier indiquera qu'il s'agit d'un séjour climatique d'altitude à l'ESSR La Guisane, à Briançon, en précisant la durée souhaitée et la raison médicale (réhabilitation respiratoire et/ou à l'effort, asthme, allergie(s) prise en charge d'un surpoids, etc.)

Le transport :

Une demande d'entente préalable est nécessaire pour tout transport supérieur à 150 kilomètres. En même temps que la prescription médicale de séjour, votre médecin devra établir, sur un formulaire réf. S319 "Demande d'accord préalable – Prescription médicale de transport", la demande de transport pour un motif équivalent à la prescription de séjour.

Cette demande est à déposer à votre caisse d'assurance maladie 3 semaines avant le départ.

Afin de faciliter les déplacements et d'en réduire le coût, nous organisons, pour chaque séjour au départ de Paris, Lyon et Marseille un voyage de groupe, aller-retour.

La prise en charge financière :

S'agissant d'une hospitalisation, l'ensemble des frais relatifs à ce séjour, (ticket modérateur et forfait journalier) est pris en charge par les caisses d'assurance maladie et organismes complémentaires (Mutuelles, CMU, AME).

Attention : Même si un patient est bénéficiaire d'une ALD (plus connue sous le nom de 100%), il reste redevable du Forfait journalier hospitalier qui s'élève actuellement à 20 euros par jour.

A noter également que certaines mutuelles peuvent limiter la prise en charge du forfait journalier, soit dans sa durée, soit dans son montant. Il revient donc aux familles de se renseigner auprès de l'organisme avec lequel elles ont souscrit leur contrat.

Pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, le séjour est intégralement pris en charge.

Seule reste à charge la participation financière aux activités dont le montant s'élève à 50 euros par enfant et par période de stage climatique ou par mois.

En effet, au cours de leur séjour, les enfants vont pouvoir bénéficier des nombreuses activités à la fois sportives et de loisirs proposées sur notre région en fonction des saisons (exemple : Ski, raquettes, VTT/BMX, escalade, baignade en biotope, patinoire, parcours accrobranche, etc.) qui ne sont pas prises en charge dans le prix de journée.

Pour les familles susceptibles de rencontrer des difficultés financières, le coût du transport et/ou de ces activités ne doit pas faire l'objet d'un renoncement au séjour de leur enfant.

Nous les invitons vivement à nous contacter afin que nous puissions trouver ensemble une solution.

SSR LA GUISANE

Fondation Edith Seltzer

Livret d'accueil et règlement intérieur de l'enfant ou adolescent hospitalisé

Engagement des parties (à nous retourner signé)

Le séjour à la Guisane résulte d'une indication médicale et d'une demande de la famille. Les soins doivent être réalisés dans les meilleures conditions.

L'enfant et sa famille reconnaissent avoir pris connaissance du livret d'accueil et du règlement intérieur et s'engagent à en respecter les modalités d'application.

Les parents signent avec nous et s'engagent notamment à ne pas réclamer quoi que ce soit en cas de perte ou de détérioration d'objets de valeur dont l'utilisation et la détention sont fortement déconseillées dans une collectivité.

La Direction

Fait à Briançon, le :

Signature des parents Signature de l'enfant

(Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

Le document sera conservé dans le dossier administratif du patient

SSR LA GUISANE

Fondation Edith Seltzer

LISTE DE TROUSSEAU

(Quantités à titre indicatif)

ÉLÉMENTS COMMUNS A TOUTES LES PERIODES

- ☐ 1 anorak + 1 veste type k-way
- ☐ 1 trousse de toilette complète
- ☐ 3 serviettes et gants de toilette
- ☐ Pommade de protection visage et lèvres
- ☐ 3/4 pyjamas
- ☐ 7/8 slips ou culottes
- ☐ 4/5 soutien-gorge
- ☐ 3/4 maillots de corps
- ☐ 1/2 survêtements
- ☐ 1 trousse individuelle de secours
- ☐ 1 à 2 paires de baskets
- ☐ 1 paire de chaussons (style crocs)
- ☐ 1 paire de chaussure de marche avec de bonnes semelles
- ☐ 1 gourde
- ☐ 1 paire de lunettes de soleil
- ☐ 6/7 paires de chaussettes
- ☐ 1 sac à dos
- ☐ 1 cadenas

À RAJOUTER A LA LISTE CI-DESSUS EN FONCTION DE LA PERIODE DE SEJOUR

PRINTEMPS-AUTOMNE

- ☐ 3/4 pantalons
- ☐ 1 survêtement supplémentaire
- ☐ 4/5 T-shirts ou polos
- ☐ 4 sweats manches longues
- ☐ 3/4 shorts ou bermudas
- ☐ 1 maillot de bain + bonnet bain
- ☐ 1 casquette ou bob

HIVER

- ☐ 3/4 pantalons CHAUDS ou jeans
- ☐ 2 paires de CHAUSSETTES chaudes de ski
- ☐ 3/4 pulls chauds (ou polaires) lavables en machine
- ☐ 3 sous pulls cols roulés ou t-shirts manches longues
- ☐ 3/4 collants ou caleçons longs
- ☐ 1 combinaison de ski ou salopette
- ☐ 1 paire de bottes chaudes et imperméables (Pas de moon boots, peu pratiques pour activités)
- ☐ 2 paires de gants ou moufles imperméables
- ☐ 1 masque pour le ski (+ lunettes soleil)
- ☐ 2 bonnets, 1 écharpe

TOUT LE LINGE DOIT ETRE MARQUÉ (marques cousues)

A renouveler selon les besoins en cours de séjour :

- Savon, dentifrice, shampoing et brosse à dent

Fonds de dotation « Association LA GUISANE »
Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique
Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON
Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr
www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

Fondation Edith Seltzer

SSR LA GUISANE

AUTORISATION SORTIE
13 à 16 ANS

(A compléter en fonction de l'âge de votre enfant)

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e)

De l'enfant ..... l'autorise à :

A aller en ville : - **en semi autonomie** pour les 13-14ans ☐ OUI - ☐ NON

(l'éducateur l'accompagne et reste à proximité)

- en autonomie pour les 15-16 ans ☐ OUI - ☐ NON

A se rendre à une invitation en journée chez un copain ☐ OUI - ☐ NON

(vous en serez avertis avant et l'équipe éducative prendra contact avec la famille du copain)

A aller manger avec des copains le week-end à midi ☐ OUI - ☐ NON

(vous en serez avertis avant)

L'équipe médicale et éducative se réserve le droit d'annuler une autorisation de sortie si elle le juge nécessaire.

Fait à .....le.....

Signature

Fonds de dotation « Association LA GUISANE »
Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique
Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON
Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr
www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

Fondation Edith Seltzer

SSR LA GUISANE

AUTORISATION SORTIE
16 à 18 ANS

(A compléter en fonction de l'âge de votre enfant)

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e)

De l'enfant ..... l'autorise à :

- A aller seul en ville ☐ OUI - ☐ NON

- A aller manger avec des copains ☐ OUI - ☐ NON

(Après en avoir averti l'équipe éducative et en respectant les heures de cours)

- A ne pas rentrer tout de suite après la fin des cours ☐ OUI - ☐ NON

(Possibilité de rester avec ses copains tout en respectant les heures de passage du bus de La Guisane).

L'équipe médicale et éducative se réserve le droit d'annuler une autorisation de sortie si elle le juge nécessaire.

Fait à .....le.....

Signature

Fonds de dotation « Association LA GUISANE »
Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique
Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON
Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr
www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

Fondation Edith Seltzer

SSR LA GUISANE

LISTE MATERIEL SCOLAIRE DE BASE

Un cartable
Une trousse
Des stylos de différentes couleurs (bleu, noir, vert, rouge)
Une règle, une équerre, un rapporteur
Un compas
Des feutres
Des crayons de couleur
Trois crayons de papier
Trois gommes
Trois Blanco (souris)
Deux grands classeurs avec un paquet de feuilles simples et un de doubles + des intercalaires
Un paquet de pochettes plastique
Deux grands cahiers
Deux petits cahiers
Cinq bâtons de colle
Un porte-vues
Une paire de ciseaux (bouts ronds pour les primaires)
Une pochette de surligneurs
Un paquet d'étiquettes
Une tenue de sport avec sac à dos
Un taille crayons (avec réservoir pour les primaires)
Un cahier de textes (primaires)
Une boîte de mouchoirs (primaires)
Une paire de chaussons (primaires)
Un agenda (collège, lycée)
Un cadenas (collège)
Une pochette Canson (blanc) + gouache + pinceaux (collège)
Une calculette (collège lycée)
Du papier millimétré (collège lycée)
Un rouleau couvre livres (collège lycée)
Une tenue de sport avec sac à dos (collège, lycée)

+ un chèque de 50€ en provision des fournitures scolaires complémentaires

Fonds de dotation « Association LA GUISANE »
Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique
Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON
Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr
www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

SSR LA GUISANE

Fondation Edith Seltzer

Hébergement des familles

Votre enfant est, ou va prochainement être hospitalisé dans notre établissement. Si son séjour aura indéniablement des effets bénéfiques sur sa santé, la séparation du milieu familial est toujours un aspect délicat dans le séjour climatique d'altitude.

Conscients de cela, nous souhaitons vous aider au maximum pour faciliter vos visites. Nous avons donc procédé à l'acquisition d'un studio pour quatre personnes, au pied des pistes de la station du Prorel à Briançon, que nous mettons à votre disposition moyennant une participation symbolique de **quinze euros par personne et par nuit.**

Nous espérons ainsi contribuer à votre satisfaction et au maintien des liens familiaux, indispensables au bon déroulement de la cure climatique.

Pour réserver : Il faut nous appeler pour connaître les disponibilités du studio et préciser la période qui vous intéresse (de 1 à 2 nuits maximum pour les familles de la région PACA et 1 à 3 nuits maximum pour les familles plus éloignées). En raison d'une forte demande, nous ne pouvons pas accepter plusieurs réservations successives et "rapprochées".

Le jour de votre arrivée :
Nous vous confions la clé du studio (en échange d'un **chèque de caution de 20€ et du règlement**) pour la durée de votre séjour, à nous rendre avant votre départ. Votre réservation prend effet à partir de 14h (les clés sont à **retirer à l'accueil avant 18h**). Le jour de votre départ le studio doit être **libéré avant 10h**.
Nous vous remercions de laisser le studio dans l'état de propreté où vous l'avez trouvé (le chèque de caution vous serait débité si le studio s'avérait en mauvais état et vous pourriez être interdits de nouvelle réservation.)

Linges de lit et de toilette à prévoir (draps, housses de couettes et taies d'oreillers pour clic clac 2 places et 2 petits lits 1 place).

Propositions d'hébergements

A SAINT MARTIN DE QUEYRIERES (7km de La Guisane)

⇨ **Camping Caravaning l'Iscle de Prelles**
Tél. 04 92 20 28 66 ou 06 88 78 62 79
www.camping-iscledeprelles.com
PARTENAIRE DE LA GUISANE : 10 % de remise aux familles des enfants hospitalisés

A VILLARD SAINT PANCRACE

⇨ **Le BOIS DE BARRACAN**
Gite d'étape et de séjour
3 Allée Sainte Barbe, 05100 Villard Saint-Pancrace
Tél : 04.92.21.27.79 Fax : 04.92.20.03.24
25 mn à pied de La Guisane

⇨ **Chambres d'hôtes chez Patrice et Corinne BARATA**
17 Rue de La Cressonnière, 05100 Villard St Pancrace
Tél : 04.92.21.39.55 - Email : barata.copat@wanadoo.fr
10 mn à pied de La Guisane

A BRIANÇON (3Km de Villard)

⇨ **Gîte L'ANCOLIE DES ALPES**
SCHIARI Gilles ou Christine
6 Rue Alfred Mondet, Pont de Cervières 05100 BRIANÇON
Tél : 06 72 94 28 65 ou 04 92 20 32 95 - Email : schiari.christine@gmail.com

⇨ **Gîte LA GUISANE**
11 Avenue de Provence 05100 BRIANCON
Tél : 04 92 21 01 32 - Email :la.guisane@free.fr

⇨ **Hôtel MONTBRISON**
3 Avenue du Général de Gaulle 05100 BRIANCON
Tél : 04 92 21 14 55 Fax : 04 92 20 46 27 - Email : hotel.montbrison@wanadoo.fr

⇨ **INTER HÔTEL**
8 av. du Galibier, 05100 Briançon.
Tél : 04 92 21 12 55 - Email : interhotelbriancon@free.fr

⇨ **APPART-HÔTEL "LE PARADIS"**
21 route de Grenoble, 05100 Briançon. Tél : 04 92 20 58 36
Location appartements à la nuit ou à la semaine.
www.lesbalconsduparadis.com

⇨ **HÔTEL DE LA GARE**
1 rue Oronce Fine 05100 Briançon
Tél : 04 92 54 68 86
L'hôtel de la Gare vous propose des chambres simples à un tarif peu élevé, un bar et le service restauration toute la journée sur place ou à emporter.
www.serre-chevalier.com/fr/hebergements/hotels/hotel-gare