



## ENREGISTREMENT

ENR-OPC-ADM-003  
Version : 05  
Création : 25/09/2017  
Mise à jour : 20/12/2023  
Page 1 sur 16

### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

Dossier de demande d'admission, à renseigner par les professionnels de santé qui souhaitent l'hospitalisation d'un patient à l'Hôpital de pédiatrie et de rééducation (HPR) de Bullion.

Ce dossier, une fois renseigné, est à faire parvenir, accompagné de tous les documents demandés, à :

**Mme Le Pendeven**, assistante médico-administrative au service des pré-admissions (01 34 85 43 36):

- directement par **fax au 01 – 34 -85 – 43 – 51** ou par mail : **admissions@hpr-bullion.fr**
- ou **par courrier** à : HPR de Bullion – Route de Longchêne – 78830 Bullion

#### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PRESCRIPTEUR :**

Nom du professionnel de santé : .....

Fonction / Spécialité : .....

Etablissement / Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Cachet et signature : ..... Date : .....

#### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDÉE :**

Résumé de situation motivant la demande d'admission / objectif du séjour :

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

*Proposition d'hospitalisation complète :*

3 mois minimum hors vacances

4 semaines en Juillet

*Consultation : Remplir de la*

Une semaine durant les vacances scolaires


4 semaines en Aout

*p. 1 à 9 + p. 12*

Date d'admission souhaitée dès le : .....

	<b>Rédacteur</b>	<b>Vérificateur</b>	<b>Approbateur</b>
<b>Nom</b>	S. LE GUEVEL	L. AUBUGAUD	M. MALFROID
<b>Fonction</b>	Attachée d'administration en charge des Admissions et du Transport	Directrice des Soins	Responsable Qualité
<b>Date</b>	20/12/2023	20/12/2023	20/12/2023
<b>Visa</b>	Original signé à la qualité	Original signé à la qualité	Original signé à la qualité

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

<i>Liste des documents ou pièces à fournir</i>	<i>Commentaires</i>
<input type="checkbox"/> Dossier ci-après dûment renseigné	
<input type="checkbox"/> Copie de la Carte d'identité OU carte de séjour OU passeport du patient	
<input type="checkbox"/> Copie du livret de famille OU extrait d'acte de naissance	
<input type="checkbox"/> Copie de la feuille d'Attestation de droit à la sécurité sociale en cours de validité (  pas la copie de la carte verte de sécurité sociale)	
<input type="checkbox"/> Prise en charge étrangère nominative « Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion »	
<input type="checkbox"/> Aide médicale d'état totale :.....	
<input type="checkbox"/> Copie carte Mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) recto-verso	
<input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge hospitalière par la Mutuelle	
<input type="checkbox"/> Attestation CAF	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance Responsabilité civile	
<input type="checkbox"/> Attestation d'allocation d'éducation enfant handicapé en cours de validité	
<input type="checkbox"/> Ordonnance de placement	
<input type="checkbox"/> Ordonnance « droit de garde »	
<input type="checkbox"/> Copie extrait du jugement (si divorce ou placement)	
<input type="checkbox"/> comptes rendus médicaux	
<input type="checkbox"/> comptes rendus opératoires	
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de rééducation	
<input type="checkbox"/> Ordonnances médicales de sortie	
<input type="checkbox"/> Courbe staturo-pondérale	
<input type="checkbox"/> Bulletins scolaires de l'année dernière + année en cours	

**EXAMEN CLINIQUE**

Dr : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_ IMC (kg/m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_Croissance staturale :  avance staturale  croissance régulière  fléchissement statural

Tour de taille (cm) : \_\_\_\_\_ Tour de hanche (cm) : \_\_\_\_\_

Type d'obésité :  androïde  gynoïde  mixte**Puberté****Chez la fille** Stade selon Tanner : \_\_\_\_\_ Premières règles : \_\_\_\_\_ cycles réguliers  oligoménorrhée  dysménorrhée**Chez le garçon** Stade selon Tanner : \_\_\_\_\_ Testicules normaux :  oui  nonVerge enfouie :  oui  non Décalotage :  oui  non Circoncision :  oui  nonGynécomastie :  oui  non**Peau** : \_\_\_\_\_ acné  hirsutisme  acanthosis nigricans  intertrigo vergeture :  bras  abdomen  cuisses  tablier abdominal**Appareil respiratoire** : \_\_\_\_\_ dyspnée  toux à l'effort  asthme Tabac :  oui  non**Appareil cardio-vasculaire** : \_\_\_\_\_ TA : \_\_\_\_\_ Pls : \_\_\_\_\_**Examen ORL** : amygdales :  normales  hypertrophie ronflement  céphalées matinales  sueurs nocturnes**Examen dentaire** : hygiène :  bonne  moyenne  mauvaise ap. orthodontique  carries : \_\_\_\_\_**Examen ophtalmologique** :  lunettes  lentilles \_\_\_\_\_**Troubles de la statique vertébrale** :  oui  non \_\_\_\_\_**Anomalies orthopédiques** :  oui  non \_\_\_\_\_**Autres anomalies cliniques** :  énurésie \_\_\_\_\_**CONCLUSION ET PROJET THERAPEUTIQUE :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## ENREGISTREMENT

ENR-OPC-ADM-003  
Version : 05  
Création : 25/09/2017  
Mise à jour : 20/12/2023  
Page 4 sur 16

### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

#### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

En cas de changement sur cette page, le signaler au service des admissions de l'hôpital ([service\\_admissions@hpr-bullion.fr](mailto:service_admissions@hpr-bullion.fr) ou au 01.34.85.43.55)

**L'ENFANT** : Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Sexe : masculin  féminin  Nationalité : .....  
Adresse habituelle : .....  
Téléphone : ..... N° de portable : .....  
Scolarité : primaire  classe : ..... collège  classe : .....  
Nom et adresse du dernier établissement fréquenté : .....  
.....

**LE PÈRE** : Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Nationalité : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... N° de portable : .....  
Profession : ..... mail : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
☎ professionnel : .....

**LA MÈRE** : Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Nationalité : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... N° de portable : .....  
Profession : ..... mail : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
☎ professionnel : .....

**LE TUTEUR** : Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone de permanence du tuteur, en cas d'urgence : .....

**SÉCURITÉ SOCIALE** : Nom et Prénom de l'assuré(e) : .....  
N° de sécurité sociale : .....  
Adresse de la caisse de sécurité sociale : .....  
Nom et adresse de la Mutuelle ou Assurance complémentaire : .....  
.....  
Nom de l'adhérent : ..... N° d'adhérent : .....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

DOSSIER OBESITE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Questionnaire complété le : \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

▪ le père

Age : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Horaires de travail : \_\_\_\_\_

Origine géographique : \_\_\_\_\_

Son poids : \_\_\_\_\_ Sa taille : \_\_\_\_\_

Son état de santé ? \_\_\_\_\_

- obésité
- diabète
- hypertension artérielle
- hypercholestérolémie
- problème cardio-vasculaire
- autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Consanguinité parentale :  oui  non

▪ les grands-parents paternels

*(cocher les cases correspondantes)*

	Grand-père	Grand-mère
Obésité		
Diabète		
Hypertension artérielle		
Hypercholestérolémie		
Probl. cardio-vasculaire		
Autre (préciser)		

▪ la mère

Age : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Horaires de travail : \_\_\_\_\_

Origine géographique : \_\_\_\_\_

Son poids : \_\_\_\_\_ Sa taille : \_\_\_\_\_

Son état de santé ? \_\_\_\_\_

- obésité
- diabète
- hypertension artérielle
- hypercholestérolémie
- problème cardio-vasculaire
- autre (préciser) : \_\_\_\_\_

▪ les grands-parents maternels

*(cocher les cases correspondantes)*

	Grand-père	Grand-mère
Obésité		
Diabète		
Hypertension artérielle		
Hypercholestérolémie		
Probl. cardio-vasculaire		
Autre (préciser)		

▪ les frères et sœurs

*(inscrire dans l'ordre tous les enfants de la famille)*

Rang dans la fratrie : \_\_\_\_\_

	Nom - Prénom	Age	Poids	Taille	IMC
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion****▪ Situation familiale** Parents en couple Parents séparés date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Parents divorcés date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Avec qui vit l'enfant : \_\_\_\_\_

 Parent veuf, date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Famille monoparentale Famille recomposée Placement Mesures éducatives : \_\_\_\_\_**ANTECEDENTS PERSONNELS****▪ Santé**

Poids à la naissance (kg) : \_\_\_\_\_ Taille à la naissance (cm) : \_\_\_\_\_

L'accouchement était-il à terme ?  oui  non \_\_\_\_\_Allaitement maternel ?  non  oui durée : \_\_\_\_\_

A-t-il eu des difficultés alimentaires ou digestives dans sa petite enfance ?

 non  oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Age de la diversification alimentaire (mois) : \_\_\_\_\_

A-t-il eu d'autres problèmes de santé ?

 non  oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_A-t-il eu un suivi psychologique ?  non  oui, débuté le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_A-t-il eu un suivi orthophonique ?  non  oui débuté le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_A-t-il eu un autre suivi ?  non  oui, lequel ? \_\_\_\_\_**▪ Scolarité**Classe actuelle : \_\_\_\_\_ Difficultés scolaires :  oui  nonA-t-il redoublé ?  non  oui, quelle(s) classe(s) ? \_\_\_\_\_A-t-il un projet professionnel ?  non  oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Quel mode de transport utilise-t-il pour aller à l'école ?

 voiture  car  vélo  marche à pieds  autre : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

Mange-t-il à la cantine ?  oui  non

Mode de garde : - après l'école : \_\_\_\_\_

- en dehors des périodes scolaires : \_\_\_\_\_



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

Activité physique

A-t-il des activités physiques ?

- à l'école, lesquelles : \_\_\_\_\_ Nbre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_
- en club sportif, lesquelles : \_\_\_\_\_ Nbre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_
- autres, lesquelles : \_\_\_\_\_ Nbre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Loisirs (cocher les cases correspondantes)

Télévision / Jeux vidéo / Internet :

- jamais \_\_\_\_\_
- moins d'1 heure par jour \_\_\_\_\_
- entre 2 et 3 heures par jour \_\_\_\_\_
- plus de 3 heures par jour \_\_\_\_\_
- c'est son activité principale des mercredis et week-ends \_\_\_\_\_

Quelles sont les autres activités de loisirs ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sommeil

	Ecole	Vacances et week-end
Heure d'endormissement		
Heure de lever		

- Endormissement facile ?  oui  non
- Qualité du sommeil ?  calme  agité

Habitudes alimentaires

- Prend-t-il un petit déjeuner tous les jours ?  oui  incomplet ou en excès  non
- Prend-t-il un goûter tous les jours ?  oui  incomplet ou en excès  non
- Grignote-t-il entre les repas ?  oui  non
- Si oui, est-ce plutôt du :  sucré  salé  tout ce qui est à sa portée
- Se ressert-t-il systématiquement aux repas ?  oui  non
- Consomme-t-il quotidiennement des légumes et des fruits ?  oui  non
- Consomme-t-il des boissons sucrées (jus de fruits, sodas...) ?  oui  non
- Si oui, plutôt :  au moment des repas  en dehors des repas

Il mange :

- quand c'est l'heure \_\_\_\_\_
- quand il a faim \_\_\_\_\_
- n'importe quand \_\_\_\_\_
- la nuit \_\_\_\_\_
- seul(e) devant la télévision \_\_\_\_\_
- en famille devant la télévision \_\_\_\_\_

Observations diverses : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion****FICHE SOCIALE et ÉDUCATIVE****L'ENFANT** : Nom : ..... Prénom : .....Mesure de protection : Oui  Non 

Date : ..... Objet : .....

Service d'origine ou service mandaté : .....

**SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :**Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparés  Divorcés  Veuf(ve)  *En cas de divorce ou de jugement officiel, joindre obligatoirement une copie du jugement.*Autorité parentale conjointe : Autorité parentale exclusive pour le père  la mère  autre  : .....La mère a le : Droit de visite  Droit d'hébergement  Droit de téléphoner La père a le : Droit de visite  Droit d'hébergement  Droit de téléphoner **COMPOSITION FAMILIALE :**

Noms et Prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Lieu de naissance	Date de décès

Observation sur la structure familiale : .....

**CONDITION DE LOGEMENT** : Stable  En recherche  .....

Nombre de pièces : ..... Nombre d'occupants : .....

Etage : ..... Ascenseur : Oui  Non Chambre particulière pour l'enfant : Oui  Non Logement : Salubre  Précaire  Inadapté 

Coordonnées des correspondants médico-sociaux : .....

Evaluation du travailleur social : .....

Hébergement de la famille à l'HPR : Oui  Non  (si oui, remplir la fiche correspondante)



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

**FICHE SCOLAIRE**

**L'ENFANT** : Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : masculin  féminin

**COORDONNÉES DE L'ÉCOLE D'ORIGINE :**

.....  
.....

primaire  classe : ..... collège  classe : .....

Nom de l'enseignant(e) : .....

**SI L'ENFANT ARRIVE D'UN AUTRE HÔPITAL :**

Nom de l'hôpital : .....

Nom de l'enseignant(e) de l'hôpital : .....

primaire  classe : ..... collège  classe : .....

**INDICATIONS ET OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :**

Français : .....

Mathématiques : .....

Autres : .....

**À QUI ADRESSER LES RÉSULTATS SCOLAIRES :**

Les parents

Adresse : .....

Le père

Adresse : .....

La mère

Adresse : .....

Le tuteur

Adresse : .....

**Fournir une copie des bulletins scolaires de l'année précédente et année en cours**

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion****AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT MINEUR À L'HPR DE BULLION  
(devant être signée par l'ensemble des personnes détenant l'autorité parentale)**

Nous, soussignés .....

demeurant à .....

.....

Agissant en qualité de : Père  Mère  Tuteur  Responsable légal

Autorise l'admission au sein de l'Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion de l'enfant :

**NOM** : ..... **PRÉNOM** : .....

Fait à ..... Le .....

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Signature du Tuteur / Responsable légal:

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

**AUTORISATION POUR LA SORTIE D'UN ENFANT MINEUR DE L'HPR DE BULLION  
(devant être signée par l'ensemble des personnes détenant l'autorité  
parentale)**

Nous, soussignés .....  
demeurant à .....

Agissant en qualité de : Père  Mère  Tuteur  Responsable légal

Indiquons que l'enfant:

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Pourra être confié à sa sortie à :

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

**Degré de parenté / Lien avec l'enfant :** .....

Fait à ..... Le .....

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Signature du Tuteur / Responsable légal:

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SURCHARGE PONDERALE  
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion****INFORMATION PARENT RELATIVE AU DEPOT DE BIENS ET DE VALEURS**

*(Document à signer et à retourner par le parent au service des admissions ou avec le dossier de demande d'admission)*

Votre enfant va prochainement être admis à l'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion.

Nous vous demandons de **ne pas laisser à votre enfant** :

- Des bijoux et objets de valeurs ;
- Des moyens de paiement : carte bancaire et espèces ;
- Des papiers d'identité : carte national d'identité, passeport ....

Les patients peuvent conserver leurs lunettes et leurs prothèses auditives, oculaires ou autres.

Si le jour de l'admission, malgré ces recommandations, votre enfant est en possession de bijoux, objets de valeurs, moyens de paiement et papiers d'identité, nous vous conseillons de réaliser un dépôt au coffre auprès du service des admissions durant les heures d'ouverture.

**En cas de refus, les objets de valeurs que votre enfant conservera sont de votre responsabilité. La responsabilité sans faute de l'Etablissement ne pourrait en aucun cas être mise en cause pour perte, détérioration, vol ou pour toute autre raison.**

A la sortie du patient, vous pourrez retirer les objets et/ou sommes déposés au service des admissions en présentant votre exemplaire listant les objets déposés et votre pièce d'identité.

Le service des admissions est situé dans le bâtiment Calmette. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 16h30 et est joignable au 01.34.85.42.30.

Les valeurs/objets seront conservés 30 jours après la sortie du patient, délai au-delà duquel, ils seront transférés à la Trésorerie. Les objets non réclamés à la Trésorerie, un an après la sortie du patient, seront remis à la Caisse des dépôts et consignations ou à l'administration chargée des domaines en fonction de leur nature.

Nom prénom du parent (ou du représentant légal) :

.....

La Directrice  
Renée POATY

Nom prénom du patient :

.....

Date et signature :

Exemplaire à classer dans le dossier patient au service des admissions.

La loi n° 92-614 du 06 juillet 1992 et les Articles R.1113-1 à R. 1113-9 du Code de la Santé Publique nous font obligation de vous informer des éléments qui figurent ci-dessus ;

Décret n°93-550 du 27 mars 1993

**CODE DE LA SANTE PUBLIQUE****Chapitre III : Responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies**

**Article R1113-1** Toute personne admise ou hébergée dans un établissement mentionné à l'article L. 1113-1 est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, si la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, à la personne chargée de la mesure. Cette information fait référence au présent chapitre et comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement. Elle précise les principes gouvernant la responsabilité de celui-ci ou de l'Etat pour les hôpitaux des armées en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans ces établissements. Cette information figure aussi, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement.

La personne admise ou hébergée, ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, le cas échéant, la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, certifie avoir reçu l'information prévue à l'alinéa précédent. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

**Article R1113-2** Dans les établissements dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de l'établissement.

Pour les établissements non dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du directeur de l'établissement ou d'un préposé désigné par lui.

**Article R1113-3** Lorsque la personne admise ou hébergée décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs des objets susceptibles d'être déposés en application de l'article R. 1113-1, la responsabilité de l'établissement ou de l'Etat pour les hôpitaux des armées ne peut être engagée dans les conditions définies aux articles L. 1113-1 et L. 1113-2 que si :

1° Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;

2° Les formalités de dépôt prévues à l'article R. 1113-4 ont été accomplies ;

3° Le directeur d'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

**Article R1113-4** Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui conformément à l'article R. 1113-3.

Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé.

Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant.

Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt.

**Article R1113-5** Dans le cas mentionné à l'article L. 1113-3, un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé par le responsable du service des admissions, ou tout autre agent ou préposé de l'établissement, et l'accompagnant ou, à défaut, un autre agent ou préposé de l'établissement.

Les objets et l'inventaire sont remis au dépositaire qui procède à l'inscription du dépôt sur le registre mentionné à l'article R. 1113-4 et joint un exemplaire de l'inventaire au dossier administratif de la personne admise.

Dès que son état le permet, la personne admise est informée dans les conditions prévues à l'article R. 1113-1. Elle obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés. Elle procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature. La liste des objets maintenus en dépôt, dressée après un inventaire contradictoire, est inscrite au registre spécial mentionné à l'article R. 1113-4.

L'établissement prend, si nécessaire, toute mesure propre à assurer le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, au lieu désigné par la personne admise, à la charge de celle-ci, lorsqu'elle-même ne peut y procéder ou y faire procéder.

**Article R1113-6** Tous les objets abandonnés par la personne admise ou hébergée à sa sortie sont déposés s'il n'avait pas été procédé à leur dépôt auparavant et sauf instructions contraires de sa part. Ces objets sont également déposés en cas de décès. La personne admise ou hébergée, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée à son égard de la mesure, sa famille ou ses proches en sont avisés.

Dans le cas prévu à l'article R. 1113-3, les objets sont remis au dépositaire, et mention en est faite sur le registre spécial.

**Article R1113-7** Lors de sa sortie définitive de l'établissement, le déposant se voit remettre, à l'occasion de l'accomplissement des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés.

En cas de décès du déposant, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés et leur rappelant les dispositions de l'article L. 1113-7.

**Article R1113-8** La remise des sommes d'argent, titres et valeurs mobilières à la Caisse des dépôts et consignations s'effectue contre délivrance d'un reçu à l'établissement dépositaire. Une mention de la remise est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

Un avis de la remise est adressé au déposant, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, à la personne chargée à son égard de la mesure, à la famille du déposant ou à ses proches.

**Article R1113-9** La remise, à l'administration chargée des domaines, des autres biens mobiliers non réclamés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-7 est constatée par procès-verbal établi par l'établissement détenteur.

A cette fin, la personne désignée à l'article R. 1113-2 adresse au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques du lieu de situation de l'établissement un projet de procès-verbal de remise, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Ce projet contient la description des objets. Il comprend également la valeur indicative de ces objets sauf lorsque la nature de ceux-ci rend impossible une telle indication.

Le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques dispose d'un délai de trois mois à compter de la date d'avis de réception pour faire connaître s'il accepte, en tout ou partie, la remise des objets. Faute de réponse dans ce délai, il est réputé avoir refusé celle-ci.

Une mention de la remise, ou du refus de la remise, est faite au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

Un avis de remise est adressé au déposant, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, à la personne chargée à son égard de la mesure, à la famille du déposant ou à ses proches.



***Document à conserver  
par la famille***

**TROUSSEAU D'ENTRÉE**

Pour le bon déroulement du séjour de votre enfant dans notre service, les effets cités ci-dessous sont nécessaires à son confort.

**I- DEMANDE de TROUSSEAU :****◆ Le linge personnel :**

- Prévoir des vêtements adaptés à l'âge de l'enfant et à la saison en quantité suffisante et en fonction du rythme des permissions et/ou des visites (voir liste ci-après)
- Prévoir un sac pour le linge sale.

**⚠ Le linge personnel doit impérativement être marqué au nom de l'enfant. Il sera lavé par la famille, lors des permissions ou remplacé lors des visites.**

**II- INFORMATION :**

Il est conseillé de mettre les affaires de valeur sous clef et de **joindre un cadenas au trousseau** (moyen 35 ou 40 mm), pour fermer le placard personnel de votre enfant (à code de préférence).

En regard de la circulaire de la Direction des Hôpitaux DH/EMI n°40 du 9 octobre 1995, l'utilisation des téléphones portables est interdite dans les services hospitaliers ; s'il existe une tolérance la journée, **l'utilisation des portables reste interdite dans les salles de classe et durant TOUTE prise en charge dans l'établissement, ainsi qu'après 22 heures.**

**En cas de vol, l'établissement ne peut être tenu pour responsable** et le personnel ne peut faire qu'une déclaration d'incident auprès de Madame la Directrice.

Les enfants arrivent dans le service avec des jeux et/ou objets qui se ressemblent et peuvent se tromper en prenant l'objet d'un camarade.

Nous demandons donc aux parents ou tuteurs de bien vouloir contrôler le contenu du sac de leur enfant afin qu'aucun objet interdit par le règlement, ni de denrées périssables interdites ne soient sortis ou introduits dans l'établissement. Tout matériel est soumis à l'approbation du cadre du service.

RAPPEL : pour notre établissement, une décharge de responsabilité est signée par les parents ou le tuteur lors de l'admission.


**Il est donc fortement déconseillé de laisser aux enfants téléphones/ordinateur/lecteur DVD portables, PSP, MP3 ou MP4, des jeux de valeur, ETC...**

**Tous ces objets sont sous leur entière responsabilité : en cas de vol, l'HPR ne peut être tenu pour responsable de la perte.**

**TROUSSEAU D'ENTREE****DOCUMENT A CONSERVER PAR LA FAMILLE****A titre d'information****Les vêtements doivent être impérativement être marqués au nom de l'enfant**

L'entretien du linge est à la charge des parents. En cas de perte ou de vol, l'hôpital ne pourra être tenu responsable.

**QUANTITE MINIMUM A FOURNIR**

14	slips ou culottes
3	soutiens gorges
14	paires de chaussettes
2	pyjamas ou chemises de nuit
6	pantalons ou robes ou jupes
2	shorts ou bermudas
5	pulls ou gilets ou sweats ou sous pulls
12	polos ou tee-shirt
2	paires de chaussures
1	paire de chaussons
1	manteau ou blouson
1	vêtement de pluie en fonction de la saison
1	Bonnet, écharpe, gants
1	une trousse de toilette contenant savon ou gel douche, shampoing, brosse à cheveux, peigne, brosse à dents, dentifrice, fleur de massage
	 <b>les bombes aérosols (déodorants, laques...) sont interdites</b>
	Pour les filles, serviettes hygiéniques et/ou tampons périodiques en quantité nécessaire
1	Un réveil
1	Un cadenas 35/40 mm
	Le carnet de santé
	<b>POUR LES ACTIVITES SPORTIVES</b>
2	tenués de sport (short, survêtement ou jogging, tee-shirt)
2	paires de chaussures de sport (1 pour le gymnase, 1 pour l'extérieur)
1	maillot de bain + 1 bonnet de bain + 1 paire de lunettes de piscine
	Si verrues, chaussettes de piscine

**FOURNITURES SCOLAIRES****Merci de renouveler le matériel quand cela est nécessaire**

- Cahiers ou classeurs en cours d'année **ou aux choix** 6 cahiers neufs 21x29,7
- Feuilles simples et doubles pour les contrôles
- Agenda de l'année en cours.
- Trousse (Stylos, crayon de papier, colle, gomme, taille crayon, compas, règle, équerre, rapporteur, ...)
- Calculatrice si possible
- Sac à dos ou cartable