

# CURES THERMALES 2024

Curistes de 3 à 17 ans

Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire

**MECS « ILE AUX ENFANTS »**

41, Rue Henri Pourrat - 63150 LA BOURBOULE

**ETE 1**

• du dimanche 30 juin au samedi 20 juillet 2024

**ETE 2**

• du dimanche 21 juillet au samedi 10 août 2024

**ETE 3**

• du dimanche 11 août au samedi 31 août 2024

**TOUSSAINT**

• du dimanche 13 octobre au samedi 2 novembre 2024

→ Demande/téléchargement du dossier d'inscription

Mail : [contact@aep63150.com](mailto:contact@aep63150.com)

Site : [www.cure-thermale-enfant.fr](http://www.cure-thermale-enfant.fr)

→ Envoi du dossier par voie postale

**AEP VOLCANA & ILE AUX ENFANTS**  
Service admissions - BP 27 - 63150 LA BOURBOULE



TEL : 04 73 81 30 60

[contact@aep63150.com](mailto:contact@aep63150.com)

[www.aep63150.com](http://www.aep63150.com)

Code DMT VR : 189

Code DMT DER : 194

Madame, Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de renseignements concernant l'éventuel séjour en cure thermale de votre enfant, et vous informons que nous aurions le plaisir de l'accueillir en 2024 dans notre Maison d'enfants « ILE AUX ENFANTS », pendant l'une des sessions figurant au calendrier « CURES THERMALES 2024 ».

Notre Maison Médicale spécialisée pour cures thermales, autorisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et certifiée par la Haute Autorité de Santé (HAS), a pour objectif d'assurer avec dévouement et sérieux le suivi médical de votre enfant pendant la cure thermale, afin de promouvoir notre projet éducatif : « associer santé et loisirs » tout en préservant un esprit convivial et chaleureux.



### COÛT DU SEJOUR 2024

Nous sommes agréés et conventionnés avec tous les régimes sociaux (Mutuelles, Caisses Agricoles, Caisses Militaires, MGEN, etc.).

La cure thermale en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS) étant considérée comme une hospitalisation, elle peut être **prise en charge à 100% par vos organismes sociaux**.

À ce jour, sous réserve de modifications tarifaires :

- avec une prise en charge à 80 % de votre Régime Général, et une prise en charge du ticket modérateur et/ou du forfait journalier de votre Mutuelle Complémentaire, **seul le « forfait pédagogique d'activités de loisirs 2024 » reste à votre charge** ;
- avec une prise en charge sécurité sociale à 80 %, si vous n'avez pas de mutuelle complémentaire, votre participation est égale au montant du forfait journalier, du ticket modérateur, et du forfait pédagogique stipulé ci-dessus.

### DÉMARCHES

#### LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Votre médecin traitant ou spécialiste doit faire la demande auprès de votre organisme social en complétant l'imprimé « Questionnaire de prise en charge » qu'il a en sa possession.

**Attention, deux cases doivent impérativement être cochées « OUI » par le médecin**



La cure est-elle prescrite « Dans le cadre d'une hospitalisation ? »  
« D'un placement en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) ? »

**Aussi, le médecin doit renseigner** l'orientation thérapeutique correspondant aux pathologies de votre enfant : « VR » pour les voies respiratoires, ou « DER » pour la dermatologie, ou les deux (« VR – DER ») ou (« DER – VR »).

**Après avoir complété la partie qui vous concerne, le questionnaire de prise en charge est à transmettre à votre CPAM afin qu'elle vous délivre la prise en charge ou vous signifie son refus (joindre aussi une fiche d'impôt sur le revenu).**



11139\*03

# Cure thermale

## Questionnaire de prise en charge

à adresser à votre organisme d'affiliation

### l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale

● l'assuré(e)

n° d'immatriculation  date de naissance

nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse

code postal  commune

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

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

nom

prénom  Date de naissance

### le prescripteur

je, soussigné (e), certifie que **NOM, Prénom de l'enfant**   
 est atteint(e) d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée  
 l'état de santé du patient nécessite un traitement thermal annexe (seconde orientation)  oui  non

#### ORIENTATIONS THERAPEUTIQUES

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

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

Station prescrite **LA BOURBOULE**

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

Année de réalisation de la cure

● Mentions spéciales - La cure est-elle prescrite :

- Dans le cadre d'une hospitalisation ?  oui  non
- D'un placement en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS)?  oui  non
- Dans le cadre d'une Affection Longue Durée exonérante?  oui  non
- En rapport avec un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ?  oui  non  
 si oui, numéro de l'AT/MP  et/ou date de l'AT
- En rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ?  oui  non

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour

signature de l'assuré(e)	signature de médecin	date <input type="text"/> cachet du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## LISTE DES DOCUMENTS À NOUS RENVoyer

<b>Fiche d'inscription</b>	Elle doit être dûment complétée recto-verso ( <b>renseigner tous les champs demandés</b> ), en indiquant bien les options de dates, <b>sans oublier de dater et de signer</b> ;															
<b>10 timbres (par fratrie)</b>	Pour la participation aux frais administratifs ( <i>envois des documents relatifs à la cure, envois des factures aux organismes sociaux en LRAR à l'issue de la cure</i> ) ;															
<b>4 photos d'identité (obligatoire)</b>	1 sur la fiche d'inscription, 1 sur le recueil de données, 1 sur le questionnaire médical, + 1 pour le service infirmier ;															
<b>Pièce d'identité de l'enfant</b>	Photocopie <u>recto/verso</u> (carte d'identité ou passeport ou livret de famille) ;															
<b>Questionnaire médical</b>	Il doit être dûment <b>complété, signé et tamponné</b> par <b>votre médecin traitant ou spécialiste</b> ;															
<b>Recueil de données</b>	Complété recto/verso et signé <b>par vos soins</b> ;															
<b>Attestation de droits sécurité sociale</b>	Attention aux dates de validité ;															
<b>Attestation de complémentaire santé</b>	Copie de la <b>carte mutuelle recto/verso</b> ou de l' <b>attestation CSS valide pour la durée de la cure</b> ;															
<b>Responsabilité civile</b>	Photocopie de l'attestation de votre assurance <u>pour l'année scolaire en cours</u> ;															
<b>Règles de vie cures thermales 2024</b>	<b>Signé par vous et votre enfant</b> ;															
<b>Décharge de responsabilité matériel électronique</b>	<b>Signé par vous et votre enfant</b> ;															
<b>Droit à l'image 2024</b>	<b>Signé par vous</b> ;															
<b>Chèque de caution</b>	A l'ordre de la MECS ILE AUX ENFANTS de <b>155,00 €</b> , qui ne sera pas encaissé ;															
<b>Chèque du forfait pédagogique d'activités de loisirs</b>	<p><b>Dépendant de votre Quotient Familial</b> (nous joindre une attestation CAF récente qui mentionne votre QF, datée de moins de 2 mois), selon le barème suivant :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tranche 1</th> <th>Tranche 2</th> <th>Tranche 3</th> <th>Tranche 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tranche QF</td> <td>0 € à 399 €</td> <td>400 € à 599 €</td> <td>600 € à 750 €</td> <td>+ 751 €</td> </tr> <tr> <td>Tarifs applicables</td> <td>100 €</td> <td>130 €</td> <td>170 €</td> <td>210 €</td> </tr> </tbody> </table>		Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4	Tranche QF	0 € à 399 €	400 € à 599 €	600 € à 750 €	+ 751 €	Tarifs applicables	100 €	130 €	170 €	210 €
	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4												
Tranche QF	0 € à 399 €	400 € à 599 €	600 € à 750 €	+ 751 €												
Tarifs applicables	100 €	130 €	170 €	210 €												
<b>Autorisation de convoi</b>	Si option « convoi » prise ( <b>à partir de 6 ans</b> ) ;															
<b>Chèque en règlement du convoi (si option prise)</b>	<p>En indiquant bien au dos du chèque le nom et prénom de votre enfant ;</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>CONVOI</th> <th>Curistes de moins de 11 ans</th> <th>Curistes de 11 ans et plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aller &amp; retour</td> <td>160 €</td> <td>200 €</td> </tr> <tr> <td>Aller ou retour seul</td> <td>140 €</td> <td>180 €</td> </tr> </tbody> </table>	CONVOI	Curistes de moins de 11 ans	Curistes de 11 ans et plus	Aller & retour	160 €	200 €	Aller ou retour seul	140 €	180 €						
CONVOI	Curistes de moins de 11 ans	Curistes de 11 ans et plus														
Aller & retour	160 €	200 €														
Aller ou retour seul	140 €	180 €														
<b>Prise en charge de <u>cure thermique</u></b>	Délivrée par votre organisme social ( <b>volets 1 et 2 originaux</b> ) ;															
<b>Prise en charge <u>hospitalière</u></b>	À demander <b>1 mois avant la cure</b> , à votre mutuelle ; pour cela, <b>précisez notre n° finess</b> , code DMT VR : 189 ; code DMT DER : 194 ; code DMT TDE : 832, <b>notre courriel pour l'envoi</b> : <a href="mailto:contact@aep63150.com">contact@aep63150.com</a> ;															
<b>Fiche récapitulative d'informations</b>	Elle vous sera envoyée 20 jours avant la cure, avec les derniers renseignements.															

**L'inscription de votre enfant n'est définitive qu'une fois que nous avons reçu le dossier d'inscription complet par voie postale, et après validation du questionnaire médical par notre Comité Médical et du recueil de données par la Direction, sous réserve qu'une place soit toujours disponible.**

## CONDITIONS D'ANNULATION DE LA CURE

**Si l'annulation de la cure intervient moins d'un mois avant le début de la session**, les frais déjà engagés ne seront pas remboursés (sauf présentation justificatif médical).

**Important Information** À l'entrée en cure, nous vous demandons d'apporter le certificat médical datant de moins de 4 jours et le trousseau, qui vous seront envoyés avec la fiche récapitulative d'informations 20 jours avant la cure (+ carnet de santé de l'enfant).

Vous pouvez d'ores et déjà consulter le trousseau sur notre site internet [www.cure-thermale-enfant.fr](http://www.cure-thermale-enfant.fr).

Nous espérons faire la connaissance de votre enfant, et vous assurons que nos équipes soignantes et éducatives mettront tout en œuvre pour que son futur séjour lui soit bénéfique.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de notre entier dévouement.

**Le service des admissions**

# FICHE D'INSCRIPTION 2024

L'inscription de votre enfant n'est définitive qu'une fois que nous avons reçu le dossier d'inscription complet par voie postale, et après validation du questionnaire médical par notre Comité Médical et du recueil de données par la Direction, sous réserve qu'une place soit toujours disponible

## CHOIX DES DATES DU SEJOUR THERMAL

**CURE THERMALE 1<sup>er</sup> choix : du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / 2024**

*Merci d'indiquer un 2<sup>ème</sup> choix de cure thermique (obligatoire), dans le cas où votre premier choix ne pourrait être satisfait : du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / 2024*

Photo d'identité  
obligatoire

### CURISTE

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  Garçon  Fille

### RESPONSABLE(S) LÉGAL(LÉGAUX)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

Portable :    /    /    /    /

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Titulaire(s) de l'autorité parentale :

Père  Mère  Autre (préciser le lien avec l'enfant) : \_\_\_\_\_

Suivi par un(e) assistant(e) social(e) :  OUI\*  NON

Décision de justice :  OUI  NON

\*Si oui, joindre la fiche de suivi social complétée

Nom et Prénom de l'assuré social : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMISSION

J'autorise le médecin responsable de l'établissement à demander ou pratiquer les examens jugés nécessaires et à prendre toutes dispositions exigées au regard de l'état de santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation avec intervention chirurgicale, après en avoir été informé dans toute la mesure du possible. J'autorise l'établissement à prendre en charge l'enfant à sa sortie de l'hôpital.

De plus, j'autorise toutes les activités sportives et activités de loisirs proposées durant le séjour et j'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure (utilisation de moyens de transport si besoin).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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

## COORDONNEES ORGANISMES ET MEDECIN(S)

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

## FORFAIT PEDAGOGIQUE D'ACTIVITES DE LOISIRS

### Activités / Animations nature / Interventions spécialisées / Matériel consommable

Cette somme forfaitaire correspond aux dépenses engagées dans le cadre des ateliers proposés à l'ensemble des curistes durant leur séjour, et notamment les après-midi et/ou les soirées. Ce forfait est calculé sur l'estimation des dépenses prévisionnelles, (puisqu'il intègre également une partie des salaires des intervenants, une partie des coûts d'amortissement des équipements, la location de véhicule, etc.). Enfin, il n'y aura pas d'incidence de coût du forfait en fonction de la modification de la durée (interruption pour des raisons médicales) ou la nature (contre-indication médicale à la pratique d'un atelier) du séjour du curiste.

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

Nous travaillons sur cette organisation afin de pouvoir vous communiquer dès le premier trimestre 2024 les informations à ce sujet. **Seriez-vous intéressé par cette option ?**  Oui  Non

## FRAIS SUPPLEMENTAIRES / CAUTION

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal(e) de l'enfant \_\_\_\_\_, demande à la direction de la M.E.C.S. « AEP ILE AUX ENFANTS » son admission. **Je m'engage à régler les dépenses non couvertes par la prise en charge Sécurité Sociale (forfait journalier, frais de pharmacie ou de soins sans rapport avec le traitement thermal), ainsi que l'intégralité du ticket modérateur si je n'ai pas fourni la preuve de la prise en charge de celui-ci par mon régime complémentaire, et je verse ce jour la somme de 155,00 € de caution.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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

## Cure thermale du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / 2024

Photo d'identité  
obligatoire

**NOM de l'enfant :** \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

INDICATION DE CURE (orientation(s) thérapeutique(s)) : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CURE(S) DEJA EFFECTUÉE(S) : \_\_\_\_\_

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

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

Commentaire : \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

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

Profession du père : \_\_\_\_\_ Profession de la mère : \_\_\_\_\_

Nombre de frères et sœurs : \_\_\_\_\_

Décès dans la famille :  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

### Antécédents familiaux

Existe-t-il ?	dans la famille du père ?	dans la famille de la mère ?	chez les frères et sœurs ?
De l'eczéma :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ENVIRONNEMENT

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

En agglomération :  petite ?  moyenne ?  Grande ?

Mode d'habitat :  individuel ?  Collectif ?  Neuf ?  Rénové ?  Ancien ?

Y a-t-il des :  rivières ?  Espaces verts ?  Usines ?

Animaux domestiques ?  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

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

### ALIMENTATION \*

*\*Seuls les régimes allergiques et médicaux indiqués par le médecin dans le questionnaire médical seront pris en compte et dans la mesure du possible, certains régimes type culturels ou cultuels.*

L'enfant a-t-il bon appétit ?  OUI  NON \_\_\_\_\_

L'enfant mange-t-il de tout ?  OUI  NON \_\_\_\_\_

L'enfant mange-t-il seul ?  OUI  NON Si non, précisez : \_\_\_\_\_

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

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

## HYGIENE / HABILLAGE

L'enfant se lave-t-il tout seul ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
L'enfant se lave-t-il les dents tout seul ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
L'enfant s'habille-t-il tout seul ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Si non, préciser : \_\_\_\_\_

## APPAREILLAGE

Lunettes ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
De manière permanente ?  OUI  NON Si non, préciser : \_\_\_\_\_  
Lentilles ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Canne blanche ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Appareil dentaire ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Semelles orthopédiques, prothèses ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Corset ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Bouchons d'oreilles ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Appareil auditif ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Béquilles, attelle ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Fauteuil roulant ?  OUI  NON \_\_\_\_\_

## ELIMINATION

Couches ?  OUI  NON  JOUR  NUIT \_\_\_\_\_  
Enurésie (pipi au lit) ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Si oui, lever nocturne ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Incontinence fécale ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Constipation ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Menstruations ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Si oui, sont-elles régulières ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Durée moyenne : \_\_\_\_\_

## TRAITEMENTS

L'enfant connaît-il son traitement ?  OUI  NON Le prend-il tout seul ?  OUI  NON

## COMPORTEMENT

L'enfant est-il déjà parti sans ses parents ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
L'enfant est-il habitué à la collectivité ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
**Comportement en collectivité** (joyeux, timide, turbulent, anxieux...) : \_\_\_\_\_  
L'enfant dort-il bien ?  OUI  NON \_\_\_\_\_  
Combien de temps : \_\_\_\_\_  
Si non, préciser (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars...) : \_\_\_\_\_

## SCOLARITÉ

Classe de l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ N° tél : \_\_\_\_\_  
Nom du professeur des écoles ou principal : \_\_\_\_\_ Votre enfant a-t-il :  un(e) AVS  un(e) AESH  
**Classe** :  maternelle  primaire  collège  lycée  IME/IMP/IMPRO  ULIS  Autres : \_\_\_\_\_

## ACTIVITÉS SPORTIVES

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

CADRE RESERVE A LA MECS

Nom – Prénom et signature du responsable légal

## Les soins à l'Etablissement Thermal

**Effectuer intégralement et correctement tous les soins prescrits par le médecin responsable (quantité, qualité, ordre et durée).** C'est la principale raison de votre séjour, d'où un contrôle de plus en plus strict du personnel des thermes, de l'équipe médicale et pédagogique.

**Avoir une tenue vestimentaire adéquate :** bonnet, écharpe, veste ou pull, **maillot de bain, sandalettes et charlotte (spécifiques pour la cure).** Si un(e) curiste n'était pas équipé(e) en conséquence, la Direction de l'AEP s'autorise à faire les achats nécessaires, et ce, aux frais de la famille.

**Le non-respect du personnel thermal, des appareils de soins ou des curistes des autres maisons d'enfants entraînerait l'arrêt de la cure (cf. sanctions & comportements violents).**

## Les soins dans la maison d'enfants

**Effectuer intégralement et correctement tous les soins médicaux et infirmiers.**

**Respecter les horaires de l'infirmier et des visites médicales.**

**Participer aux différents ateliers d'éducation à la santé encadrés et animés par les équipes médicales. Ateliers spécifiques en lien avec la pathologie et l'éducation à la santé en vue d'un projet individualisé du jeune accueilli.**

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

**Enfin, le coucher (pour les préados, comme pour les ados) se fera au plus tard à 22h00. Toutefois, l'équipe médicale se réserve le droit de demander à un jeune de se coucher plus tôt si son état de santé (ou de fatigue) le nécessite.**

## Respect des locaux / du matériel

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

Systématiquement, après chaque activité, un temps de rangement sera également prévu. Aussi, les curistes sont associés au débarrassage des tables à la fin des repas.

Les chambres doivent être systématiquement en ordre, les lits aérés puis faits quotidiennement. Chacun est responsable de l'entretien. **Pas de nourriture ou de boisson dans les chambres.**

**En cas de dégradation involontaire, les parents sont informés et leur responsabilité civile est engagée. Si un(e) curiste dégrade délibérément du matériel (ou des locaux), la responsabilité pénale du jeune peut être engagée.**

## Le linge

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

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

## Affaires personnelles

Les objets électroniques (portable, console portable type DS, etc.) ou de valeur doivent être remis à l'arrivée aux moniteurs référents qui en sont garants durant le séjour. Ces derniers seront à la disposition des curistes sur des temps préalablement définis.

**Il est préférable de ne pas avoir d'objet (ou vêtement) de très grande valeur. La maison décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol et de dégradation.**

**AUCUNE NOURRITURE n'est admise dans les chambres pour des raisons D'HYGIENE ET DE SECURITE.**

### Les consoles de jeux / tablettes

**Suite aux multiples problèmes rencontrés ces dernières années avec les appareils électroniques (casse, pertes, vols, dégradations), la direction déconseille vivement aux curistes de venir avec leur appareil. Cependant, ce n'est pas interdit. Si toutefois votre enfant souhaite venir avec son appareil, nous vous invitons à prendre pleinement connaissance de la décharge de responsabilité et de la joindre signée par vous et votre enfant au dossier d'inscription.**

## Argent de poche

Confié à la direction (quel que soit l'âge du jeune), il est disponible auprès du moniteur référent avant les sorties en ville. Si en cours de séjour, de l'argent doit être envoyé au curiste, la Direction doit en être informée. Une fiche de suivi d'argent de poche est mise en place et nous demandons à l'enfant/jeune de remplir celle-ci. Nous conseillons également aux jeunes de récupérer tous les justificatifs de paiement ou tickets de caisse afin de leur faciliter la gestion de cet argent de poche.

## Suivi scolaire

La MECS propose un suivi scolaire pour la session de TOUSSAINT. Merci de **nous faire parvenir le travail** que devra effectuer le jeune durant son séjour **(ou de nous mettre en relation avec l'établissement scolaire de ce dernier)**, au plus tard le 2<sup>ème</sup> jour de la cure.

## Utilisation des téléphones portables

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

## Respect des personnes

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

## Comportements violents et conduites addictives

**Les comportements violents (physiques, verbaux) et les conduites addictives (tabac, drogue, alcool) ne sont pas tolérés. En cas de situation de conflit, le recours au tiers (faire intervenir un adulte référent), permettra aux antagonistes d'éviter cette dérive, et donc l'exclusion !**

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

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

CADRE RESERVE A LA MECS	Signature de l'enfant	Signature de la famille /responsable légal
-------------------------	-----------------------	--

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités au sein de la MECS « ILE AUX ENFANTS », des vidéos et/ou photos de votre enfant peuvent être prises et être utilisées à des fins pédagogiques (reportage photos, livret souvenir etc.).

Je soussigné(e), M/Mme \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise l'équipe pédagogique à photographier ou à filmer mon enfant, dans le cadre de son séjour thermal, puis la diffusion de ces épreuves (films ou photos) **au sein de la structure et sur le BLOG de l'association (accès privé strictement réservé aux familles des curistes)** :

OUI       NON

Autorise l'équipe pédagogique à photographier ou à filmer mon enfant, dans le cadre de son séjour thermal, puis la diffusion de ces épreuves (films ou photos) via les outils de **communication externe de l'association (plaquettes, Facebook, journal...)** :

OUI       NON

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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



# DECHARGE DE RESPONSABILITE MATERIEL ELECTRONIQUE



Chers parents, chères familles, chers curistes,

Suite aux nombreux vols, pertes et casses, **nous déconseillons vivement aux enfants d'apporter leur console de jeux portative et appareils assimilés.**

Si toutefois, votre enfant souhaite venir avec, nous vous demandons de bien prendre connaissance de la décharge ci-dessous et de nous la remettre signée.

Par avance, merci.

---

Enfant - **NOM, Prénom** : \_\_\_\_\_

**Matériel(s)** : \_\_\_\_\_

Je soussignée, M/Mme \_\_\_\_\_ **déclare dégager la MECS ILE AUX ENFANTS ainsi que toute personne œuvrant pour la structure, de toutes responsabilités et renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit, en cas de perte, de vol, de dommages matériels et de casse sans aucune exception ni réserve.**

Cet engagement s'applique pour toute la durée du séjour thermal.

***Par la présente signature, j'affirme avoir lu et approuvé cette décharge de responsabilité.***

A \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature du /des responsable(s) légal(aux) précédée(s) des mentions manuscrites « lu et approuvé » et « bon pour décharge »



**(A partir de 6 ans)**

Je soussigné(e) M./Mme \_\_\_\_\_,  
responsable de l'enfant \_\_\_\_\_,

autorise la Direction de la Maison d'Enfants ILE AUX ENFANTS à organiser et encadrer le convoyage de mon enfant :

→ de PARIS à LA BOURBOURLE, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

→ et de LA BOURBOULE à PARIS, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

Je communique le n° de portable de la personne joignable au moment :

- du départ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- du retour : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Je communique le n° de portable d'une tierce personne si je ne suis pas joignable :

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

*Si ce ne sont pas les parents (ou le représentant légal) de l'enfant qui viennent le chercher en fin de séjour à la gare de PARIS, veuillez compléter la partie ci-dessous.*

Je soussigné(e), M./Mme \_\_\_\_\_

donne à la Direction de la Maison d'enfants ILE AUX ENFANTS l'autorisation de laisser partir mon enfant :

à la fin de son séjour en cure, soit le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

avec M./Mme \_\_\_\_\_

N° portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Je décharge de toute responsabilité la Direction de la Maison d'Enfants ILE AUX ENFANTS.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du /des responsable(s) légal(aux) précédée(s) de la mention manuscrite « bon pour décharge »





**Ce questionnaire médical est confidentiel : il est destiné à l'usage exclusif de la M.E.C.S. dans le cadre de son activité. Il sera conservé dans le dossier patient.**

À réception, ce questionnaire sera examiné par la commission médicale afin de hiérarchiser les demandes d'hospitalisation, c'est pourquoi **nous vous demandons de remplir de manière la plus complète possible ce document.**

L'équipe médicale vous remercie par avance de votre collaboration.

**Cure thermale du \_\_/\_\_/\_\_ au \_\_/\_\_/2024**

**NOM :** .....  
**Prénom :** .....  
**Date de naissance :** ..... **Âge :** .....  
**Poids :** ..... **Taille :** ..... **IMC :** .....  
**Groupe sanguin :** ..... **Rhésus :** .....  
**ALD :**  Oui  Non **Si oui, pour quelle pathologie ?** .....  
**CMU :**  Oui  Non  
**Combien l'enfant a-t-il effectué de cures thermales ? :**  
**Nombres :**  0  1  2  3  plus (précisez) : .....

**Cachet du médecin prescripteur :**  
 (Nom, prénom, adresse, n° Finess et spécialité)

## ORIENTATION(S) THÉRAPEUTIQUE(S)

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

**1<sup>ère</sup> orientation :**  VR  DER  TDE  AMB  
**2<sup>ème</sup> orientation :**  VR  DER  TDE  AMB

## INDICATIONS MOTIVANT LA CURE

(Numérotées par ordre d'importance)

Voies Respiratoires (VR)	DERmatologie (DER)		
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Sinusites <input type="checkbox"/> Otites <input type="checkbox"/> Rhinites <input type="checkbox"/> DDB <input type="checkbox"/> Angines/rhinopharyngites <input type="checkbox"/> Laryngites <input type="checkbox"/> Bronchites	<input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Séquelles de brûlure		
<b>VR</b>			
<b>ASTHME :</b> Caractère <input type="checkbox"/> per annuel <input type="checkbox"/> saisonnier Épisodes aigus : <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> annuel Déclenchement : <input type="checkbox"/> allergique <input type="checkbox"/> infectieux <input type="checkbox"/> à l'effort <input type="checkbox"/> inflammatoire non allergique Gravité : <input type="checkbox"/> bénin <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> hospitalisation nécessaire Trouble obstructif permanent : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<b>AFFECTIONS ORL :</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Rhinites/sinusites</b>  <input type="checkbox"/> Allergiques <input type="checkbox"/> inflammatoires non allergiques ou infectieux  <input type="checkbox"/> Per annuelles <input type="checkbox"/> saisonnières <input type="checkbox"/> occasionnelles (contact allergique)               </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Otites</b> <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite  <input type="checkbox"/> OMA récidivantes  <input type="checkbox"/> Hypoacousie <input type="checkbox"/> otites séro-muqueuses chroniques  <input type="checkbox"/> Appareillage auditif               </td> </tr> </table>		<b>Rhinites/sinusites</b> <input type="checkbox"/> Allergiques <input type="checkbox"/> inflammatoires non allergiques ou infectieux <input type="checkbox"/> Per annuelles <input type="checkbox"/> saisonnières <input type="checkbox"/> occasionnelles (contact allergique)	<b>Otites</b> <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> OMA récidivantes <input type="checkbox"/> Hypoacousie <input type="checkbox"/> otites séro-muqueuses chroniques <input type="checkbox"/> Appareillage auditif
<b>Rhinites/sinusites</b> <input type="checkbox"/> Allergiques <input type="checkbox"/> inflammatoires non allergiques ou infectieux <input type="checkbox"/> Per annuelles <input type="checkbox"/> saisonnières <input type="checkbox"/> occasionnelles (contact allergique)	<b>Otites</b> <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> OMA récidivantes <input type="checkbox"/> Hypoacousie <input type="checkbox"/> otites séro-muqueuses chroniques <input type="checkbox"/> Appareillage auditif		
<b>PATHOLOGIES ASSOCIÉES :</b> <input type="checkbox"/> Conjonctivites <input type="checkbox"/> Trachéites spasmodiques <input type="checkbox"/> Autre : .....			



## ALLERGIES

L'enfant présente-t-il des allergies alimentaires ?  Oui  Non

Allergènes	Réactions développées	Éviction stricte	Traces autorisées
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre régime alimentaire :  Oui  Non \*Si oui précisez : .....

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

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

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

Acarions :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Réactions : .....
Pollens :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lesquels : .....
Poils d'animaux :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lesquels : .....
Autres allergènes :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lesquels : .....

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

## TRAITEMENTS

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

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

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

Si oui, est-elle :  Arrêtée  En cours

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

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

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

## VACCINATIONS

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

ROR :  Oui  Non

DTP :  Oui  Non

Coqueluche :  Oui  Non

## PRATIQUES SPORTIVES

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

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

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

## AUTRES

Menstruations :  Oui  Non

Douleurs (dysménorrhée) :  Oui  Non

Moyen de contraception :  Oui  Non

Traitement en cas de douleurs : .....

\*Si oui, lequel : .....

## PENDANT L'ANNÉE ECOULÉE

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

Pour quelles raisons, précisez la durée ? .....

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

## DEPUIS LA DERNIERE CURE

Evolution clinique : .....

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

### Consommation médicamenteuse au cours de l'année écoulée

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

### Prise en charge globale de l'enfant

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

#### Éducation thérapeutique

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

#### Éducation sanitaire

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

#### Autre prise en charge complémentaire spécifique à votre patient

Précisez : .....

#### Cadre réservé à la M.E.C.S

Date : \_\_\_\_\_  
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Médecin Responsable  IDEC

Cachet de l'établissement et signature

#### Cadre réservé au Médecin Prescripteur

Date : \_\_\_\_\_  
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Cachet du Médecin et signature

# IMPORTANT

Notre établissement dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques. Les informations recueillies lors de votre hospitalisation, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique.

Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit, les données administratives au service de facturation. Conformément à la législation, vous avez un droit d'accès et de rectification de ces données et le droit de vous opposer pour des raisons légitimes au traitement des données nominatives vous concernant, dans les conditions fixées par l'article 26 de la loi n°78-17 du 06/01/1978. Votre demande doit être effectuée par écrit auprès du directeur l'établissement.