



Réseau
ADO 66

MALLETTE

PARTENAIRES



Réseau
ADO 66

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Vous êtes partenaire de l'association Réseau Ado 66.

La cellule de coordination ADO 66 vous a remis la « Mallette des Partenaires », dans laquelle vous trouverez :

1. Pour votre usage :

- le livret d'information du réseau, expliquant ses missions et son fonctionnement ;
- les schémas du circuit d'inclusion d'un adolescent dans le Réseau ;
- une demande de réunion de préparation à l'inclusion ;
- une fiche saisine, à remplir lorsque vous souhaitez présenter un dossier au réseau ;
- une fiche de consentement, à faire signer par les parents ou les représentants légaux de l'adolescent pour toute demande d'inclusion dans le réseau ;
- une fiche de consentement à faire signer par le jeune majeur, pour toute demande d'inclusion dans le réseau ;
- une fiche de consentement à faire signer par les parents ou le représentant légal du jeune majeur protégé, pour toute demande d'inclusion dans le réseau ;
- une demande de réunion de réajustement, pour les dossiers inclus dans le Réseau que vous souhaitez évoquer à nouveau.

La fiche saisine et la fiche de consentement sont à adresser par mail au Réseau au minimum 10 jours avant le Comité Technique.

2. À remettre aux parents des usagers :

- la plaquette du réseau ;
- une lettre d'information sur le réseau ;

Bien Cordialement
La Coordinatrice
Mme Sandrine ANDRÉ



INFORMATION SUR LE RÉSEAU ADO 66

Note aux Parents

Madame, Monsieur,

Les professionnels qui vous aident à gérer les difficultés rencontrées par votre adolescent(e) vous demandent l'autorisation de contacter l'équipe de coordination du réseau ADO 66. Il s'agit d'élargir leurs échanges avec d'autres partenaires afin de mieux répondre aux besoins de votre enfant.

ADO 66 est un réseau qui intervient dans le cadre de la prise en charge des adolescents en difficulté.

Plusieurs professionnels qui travaillent dans des structures différentes peuvent se rencontrer pour réfléchir et aider à la mise en place d'un projet le plus adapté à votre situation.

L'engagement de l'équipe de coordination du réseau ADO 66 se fera avec votre autorisation.

Dans ce cas, les nouvelles propositions issues de cette réflexion vous seront expliquées par le professionnel référent de la situation de votre adolescent. ADO 66 s'engage avec lui, à suivre l'évolution de votre projet.

À tout moment, vous pouvez décider de demander l'interruption de l'intervention de l'équipe de coordination ADO 66.

Bien Cordialement
La Coordinatrice
Mme Sandrine ANDRÉ



Réseau
ADO 66

SCHÉMA INCLUSION CLASSIQUE

**Adolescent en difficulté
dans une institution**

Décision de saisir le Réseau par les professionnels de l'institution avec l'accord des parents

Contact du réseau par le référent Réseau ADO 66 dans l'institution demandeuse : rédaction et transmission de la fiche saisine

Réception de la fiche saisine par le coordinateur du Réseau

Si besoin et à la demande du référent du jeune, première rencontre de la cellule de coordination avec les équipes, les parents et/ou l'adolescent

Présentation de la fiche saisine au Comité Technique et élaboration du projet partenarial

Information du projet partenarial auprès des partenaires autour de la situation, de l'adolescent et de la famille par le référent Réseau au Comité technique représentant l'institution prescriptrice de l'inclusion

Suivi du projet partenarial par la cellule de coordination du Réseau pour assurer sa réalisation

Évaluation du projet et réunions de réajustement si nécessaire

Mise en veille jusqu'à clôture du dossier après atteinte des objectifs

SCHÉMA INCLUSION PRÉVENTIVE

Adolescent

Décision de saisir le Réseau par les professionnels avec l'accord des parents.

Contact du réseau :
Rédaction et Transmission de la fiche saisine et de l'accord parental.

Réception de la fiche saisine, de l'accord parental
et de la liste des participants par le Réseau ADO 66.

Réunion de l'équipe de la cellule de coordination avec les partenaires de la
prise en charge du jeune. Échange sur la situation et formulation
d'hypothèses d'action.

Suivi de la situation par la cellule de coordination et possibilité pour les
professionnels de la prise en charge, de saisir le Comité Technique, si l'état
s'aggrave selon la procédure habituelle.

**Mise en veille jusqu'à clôture du dossier
après atteinte des objectifs**



CONSETEMENT DES PARENTS OU DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nous, soussigné(s), (père, mère, tuteur)

Nom Prénom

De l'enfant :

Nom Prénom

Adresse :

.....

Téléphone :

accepte(ons) l'étude de la situation de notre fils/fille ou mineur(e) confié(e) au sein du réseau de prise en charge des adolescents en difficulté ADO 66.

Nous avons reçu sur ce réseau toutes les informations qui nous paraissent utiles, en particulier sur son but qui est de coordonner la prise en charge des adolescents en difficulté et faisant l'objet d'un suivi par une ou plusieurs institutions.

Nous acceptons le recueil, la saisie et le traitement des données concernant la situation de notre enfant, par des personnes tenues au secret professionnel, et leur transmission sur le réseau informatique, notamment à des fins d'études et d'analyses, sous forme sécurisée afin de préserver notre anonymat.

Conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », nous avons le droit d'accès et de rectification aux informations concernant la situation de notre enfant, par l'intermédiaire de notre médecin.

Fait à le

Signature(s),



**CONSENTEMENT DES PARENTS
OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL du JEUNE MAJEUR PROTÉGÉ**

Nous, soussigné(s), (**père, mère, tuteur**)

Nom Prénom

Du jeune majeur:

Nom Prénom

Adresse :

.....

Téléphone :

accepte(ons) l'étude de la situation de notre fils/fille ou majeur(e) confié(e) au sein du réseau de prise en charge des adolescents en difficulté ADO 66.

Nous avons reçu sur ce réseau toutes les informations qui nous paraissent utiles, en particulier sur son but qui est de coordonner la prise en charge des jeunes adultes en difficulté et faisant l'objet d'un suivi par une ou plusieurs institutions.

Nous acceptons le recueil, la saisie et le traitement des données concernant la situation de notre enfant ou majeur confié, par des personnes tenues au secret professionnel, et leur transmission sur le réseau informatique, notamment à des fins d'études et d'analyses, sous forme sécurisée afin de préserver notre anonymat.

Conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », nous avons le droit d'accès et de rectification aux informations concernant la situation de notre enfant ou majeur(e) confié(e), par l'intermédiaire de notre médecin.

Fait à le

Signature(s),



CONSENTEMENT JEUNE MAJEUR

Je, soussigné, Nom Prénom

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

accepte l'étude de ma situation au sein du réseau de prise en charge des adolescents en difficulté ADO 66.

J'ai reçu sur ce réseau toutes les informations qui me paraissent utiles, en particulier sur son but qui est de coordonner la prise en charge des adolescents en difficulté et faisant l'objet d'un suivi par une ou plusieurs institutions.

J'accepte le recueil, la saisie et le traitement des données concernant ma situation, par des personnes tenues au secret professionnel, et leur transmission sur le réseau informatique, notamment à des fins d'études et d'analyses, sous forme sécurisée afin de préserver mon anonymat.

Conformément à la loi « Informatique, fichiers et libertés », j'ai le droit d'accès et de rectification aux informations concernant ma situation, par l'intermédiaire de mon médecin.

Fait à le

Signature,



DEMANDE DE RÉUNION DE PRÉPARATION À L'INCLUSION

Institution et/ou Service demandeur :

NOM et Prénom de l'adolescent :

Date de naissance de l'adolescent :

Motif de la demande de réunion :

.....

.....

Informations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le :

Nom du signataire :

Fonction :

Tel :



DEMANDE DE RÉUNION DE RÉAJUSTEMENT

Institution et/ou Service demandeur :

NOM et Prénom de l'adolescent :

Date de naissance de l'adolescent :

Motif de la demande de réunion :

.....

Informations complémentaires :

.....

.....

Personnes à inviter (Nom, Prénom, Fonction, Institution, Adresse Mail) :

.....

.....

.....

.....

Fait le :

Nom du signataire :

Fonction :

Tél :