

Cycle suivi :

Année :

## DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE D'EDUCATION AJD

A COMPLETER ET A ADRESSER AU SECRETARIAT DE L'AJD - 9 Avenue Pierre de Coubertin, 75013 PARIS

### FEUILLET N°1 A REMPLIR PAR LES FAMILLES

NOM de l'enfant : .....PRENOM : .....

Né(e) le : ...../...../.....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE Domicile : .....Travail : .....Portable : .....

e-MAIL : .....@.....

### **ENGAGEMENT :**

Je soussigné(e), .....

m'engage à participer activement à **toutes les séances** auxquelles je m'inscris avec mon enfant et je suis informé(e) que je ne pourrai changer de groupe.

Fait à : .....

Signature :

### **REGLEMENT :**

- je suis à jour de mon adhésion à l'AJD, je n'ai rien à verser
- je ne suis pas adhérent à l'AJD, je verse 20 euros

### **Je souhaite participer au cycle d'éducation**

1 – parents – enfants en groupe ..... GROUPE : A B C

groupe d'enfants de 5-6 ans et leurs parents

groupe d'enfants de 8-9 ans et leurs parents

2 – groupe de parents : partage d'expérience .....

groupe de parents de nouveaux (moins d'un an de diabète) ..... GROUPE : A B

groupe de parents de petits (de moins de 5 ans) ..... GROUPE : A B

3 – groupe de grands parents.....

grands-parents (voir dossier d'inscription spécifique)

4 – groupes d'adolescents .....

adolescents de 12 ans à moins de 15 ans et leurs parents ..... GROUPE : A B

adolescents seuls à partir de 15 ans

5 – groupe de frères et sœurs.....

frères et sœurs (voir dossier d'inscription spécifique)

Cycle suivi :

Année :

**FEUILLET N°2      A REMPLIR PAR LES FAMILLES**

Les renseignements suivants donnés par les parents sont destinés à l'équipe éducative pour mieux vous connaître.

**SITUATION FAMILIALE :**

Situation familiale (éventuellement séparation, décès, etc ...) : .....

Personnes habitant sous le même toit (cocher) :

Père       Mère

Frère(s) (indiquer prénom(s) et année de naissance) .....

.....

Sœur(s) (indiquer prénom(s) et année de naissance) .....

.....

Autres personnes (préciser) : .....

.....

Personnes dont l'enfant se sent particulièrement proche (amis, famille, nourrice, .....): .....

.....

.....

Profession du père : .....

Profession de la mère : .....

Classe suivie : .....

Absentéisme scolaire lié au diabète :     Jamais       Parfois       Souvent       Très souvent

Autres activité ou centres d'intérêt (sport, musique, télévision , ordinateur, ....) : .....

.....

.....

**QU'ATTENDEZ VOUS DE CETTE FORMATION ?**

**Vous même :**

**Votre enfant :**

Cycle suivi :

Année :

**FEUILLET 3 : A REMPLIR PAR LES FAMILLES**

Nom du **médecin diabétologue** : .....

Hôpital : .....Service : .....Tél : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Nom et adresse du **médecin traitant** : .....

.....Tél : .....

**Pathologie associée** autre que le diabète :  NON  OUI préciser : .....

.....

**SUIVI DU DIABETE :**

Fréquence des consultations avec votre médecin diabétologue : .....par an

Y a t'il un suivi par une diététicienne :  NON  OUI à quelle fréquence : .....

Y a t'il un suivi psychologique régulier :  NON  OUI à quelle fréquence : .....

Y a t'il un suivi autre (orthophonie, psychomotricité ....) :  NON  OUI préciser : .....

**Hospitalisation initiale** Date : ...../...../..... Durée : .....

Hôpital : .....

L'éducation initiale a été faite auprès :

- du père :  NON  OUI

- de la mère :  NON  OUI

- de l'enfant :  NON  OUI

- d'autres personnes :  NON  OUI préciser : .....

**Autres hospitalisations**  NON  OUI

Motifs des hospitalisations :

- Education  NON  OUI nombre : .....

- Hôpital de jour pour bilan  NON  OUI nombre : .....

- Hypoglycémie sévère  NON  OUI nombre : .....

- Hyperglycémie avec acétone  NON  OUI nombre : .....

- Autre(s) motif(s) :  NON  OUI préciser : .....

**Séjours de vacances AJD / Autres**  NON  OUI nombres : .....

**Education en groupe**  NON  OUI préciser : .....

**Dernière HbA1C** Date : ..... Résultat : .....

Cycle suivi :

Année :

**FEUILLET 4 : A REMPLIR PAR LES FAMILLES avec l'aide du médecin**

**Schéma d'Insuline**

Insuline Nom	Présentation	Nombre d'unités				
		8h	12h	16h	19h	22h
	<input type="checkbox"/> Flacon <input type="checkbox"/> Stylo pré rempli <input type="checkbox"/> Cartouche					
	<input type="checkbox"/> Flacon <input type="checkbox"/> Stylo pré rempli <input type="checkbox"/> Cartouche					
	<input type="checkbox"/> Flacon <input type="checkbox"/> Stylo pré rempli <input type="checkbox"/> Cartouche					
	<input type="checkbox"/> Flacon <input type="checkbox"/> Stylo pré rempli <input type="checkbox"/> Cartouche					

Utilisation d'une pompe :  NON  OUI marque : .....

Utilisation d'un Inject-ease :  NON  OUI

Utilisation d'un Pen-mate :  NON  OUI

Nom du lecteur de glycémie : .....

Nom de l'auto piqueur : .....

Collation à 10h :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Collation de 22h :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Goûter :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Cantine :  OUI fréquence : .....jours par semaine panier repas :  NON  OUI

NON lieu du repas : .....

A l'école : - votre enfant fait des glycémies :  NON  OUI

- votre enfant fait des injections :  NON  OUI

**Autonomie : qu'est ce qu'il fait seul ?**

Il fait ses glycémies seul :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Il fait ses analyses d'urine seul :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Il remplit seul son carnet :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Il prépare seul son injection :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Il fait seul son injection :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Il corrige seul ses hypoglycémies :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Il prépare seul sa collation :  Jamais  Parfois  Souvent  Tous les jours

Cycle suivi :

Année :

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Je soussigné, Professeur, Docteur .....

- Prescrit à l'enfant, NOM : .....PRENOM : .....  
une formation au centre d'éducation de l'AJD .

Qu'attendez-vous de cette formation pour cette famille :

- Certifie l'absence de contre-indication à une formation en collectivité d'enfants et d'adultes.

Signature et cachet obligatoires, A .....le : .....