

Dossier unique de demande d'admission Enfant

INFORMATIONS IMPORTANTES

Ce dossier va nous permettre de mieux connaître votre enfant et d'étudier sa demande d'admission dans un établissement ou service.

Vous n'êtes pas obligés de renseigner tous les éléments de ce formulaire.

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire, vous pouvez le photocopier pour être transmis aux établissements et services en lien avec les besoins de votre enfant.

1-Volet Administratif

2-Les habitudes de vie et besoins

Type d'établissement indiqué sur la notification de la CDAPH:

IME
ITEP
EEAP
SESSAD

N° dossier MDPH indiqué sur la notification :

1-Volet administratif

2-Les habitudes de vie et besoins

- Etat civil de la personne accompagnée

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays ou département :

Résidence/Domicile actuel :

Adresse :

N° voie, rue :

Code postal :

Commune/ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Famille d'accueil :

Nom :

Adresse :

Téléphone : Mail :@.....

Etablissement :

Nom :

Adresse :

Téléphone : Mail :@.....

N° voie, rue :

Code postal : Commune/ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

• Etat civil des parents

	Mère	Père
Nom de jeune fille		
Nom marital (d'usage)		
Prénom		
Autorité Parentale	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Adresse si différente de cette de votre enfant		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		
Numéro de sécurité sociale		
Moyen de transport		
Situation Familiale	Mariée <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/>
	Veuve <input type="checkbox"/>	Veuf <input type="checkbox"/>
	Séparée <input type="checkbox"/>	Séparé <input type="checkbox"/>
	Divorcée <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/>

• Fratrie

Nom et Prénom	Date de naissance	Situation (scolaire, professionnel)	Classe

• Aide financière

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

Envisagée

Demandée

Attribuée

Refusée

- Mesure de protection autre que la représentation parentale :

Oui Non En cours

Si oui, laquelle :

Mesure de protection judiciaire

Mesure de protection administrative

Nom et coordonnées du service :

Nom du référent :

Adresse :

Téléphone :

Mail :@.....

- Situation actuelle

Scolarisé classe actuelle :

Déscolarisé

Précisez :

- Parcours de votre enfant (établissement et scolaire)

Nom et type de structure	Lieu	Période	Internat Ou externat

J'accepte que l'établissement ou le service contacte les structures citées ci-dessus :

Oui Non

- Commentaires

.....

- Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Téléphone : Mail :@.....

J'accepte que l'établissement ou service contacte le médecin traitant :

Oui Non

- Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour communiquer ?

Oui Non

- Communique-t-il oralement ? : Oui Non

- Communique-t-il par gestes ? : Oui Non

- Autres modes de communication : Oui Non

- Lecture acquise ? : Oui Non

- Ecriture acquise ? : Oui Non

- Quels sont les besoins d'accompagnement de votre enfant dans la vie quotidienne ?

- Propreté acquise ? Oui Non

- S'habille seul ? Oui Non

- Alimentation

Mange seul ? Oui Non

Besoin d'un repas adapté ? Oui Non

- Votre enfant a-t-il des besoins en suivi spécifique ?

Suivis médico-paramédicaux	Oui	Non	Fréquence
Psychologie			
Psychiatrie			
Ergothérapie			
Kinésithérapie			
Orthophonie			
Psychomotricité			
Autres (dentiste, gynécologie, infirmier libéral...)			

- Votre enfant a-t-il des besoins lors de ses déplacements ?

Oui Non

Si oui :

Utilise-t-il un appareillage particulier ? Oui Non

Utilise-t-il une aide technique ? Oui Non

Utilise-t-il un fauteuil roulant ? Oui Non

Se repère-t-il dans son environnement (Maison / quartier) ? Oui Non

Sait-il prendre les transports en commun en autonomie? Oui Non

• Activités de votre enfant

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

• Quelles activités aime t il ?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Dessiner | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Se promener | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Pratiquer un sport | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Peindre | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Jardiner | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Ecouter ou jouer de la musique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Regarder la télévision | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Jeux d'eau | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Aller à la piscine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Sortir en ville | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Jeux de groupe | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Compagnies des autres | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

• Souhaitez-vous exprimer des attentes particulières ?

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

Personne qui a renseigné le dossier (parents, tuteur....)

Nom : Prénom :

Adresse :

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

Signature

Date :

Pièces à fournir (photocopie)

- Notification MDPH
- Livret de famille
- Carte d'identité
- Jugement de l'autorité parentale
- Eventuellement éléments médicaux à remettre sous pli confidentiel

Je (nous) soussigné (e) (s) :

NOM..... Prénom.....

Adresse

.....

Si besoin, le représentant (s) légal (légaux) de:

NOM..... Prénom.....

Donne (donnons) l'autorisation à l'établissement ou service sollicité de recueillir et de conserver, durant la période prévue par la loi, des données personnelles concernant mon enfant, ceci dans le but de constituer son dossier personnel, son parcours de soin et ainsi optimiser sa prise en charge.

Je (nous) conserve (ons), cependant sur les éléments fournis à l'établissement ou service un droit d'accès, de rectification, d'opposition à ces données, d'effacement de données qui s'avèrent inutiles, de limitation et de portabilité.

Date :

Signature des représentants légaux :