

Dossier de 1^{er} contact pour demande d'inscription sur liste d'attente

Nous attirons votre attention sur le fait que son dépôt ne vaut pas admission. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible.

Etablissement et services de votre choix :

Veillez cocher les établissements et/ou services de votre choix dans l'ordre de priorité:

- IME CAPS**, 47 Avenue du Général de Gaulle, 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
- IME « Elan Argonnais »**, Allée de la Cour d'Honneur, Quartier Valmy, 51800 STE MENEHOULD
- IME « les Perrières »**, **APEI**, 16 Rue des Perrières, 51300 BLACY

- SESSAD « Le Mikado »**, **APEI**, 31 Rue Aristide Briand, BP 84, 51300 VITRY LE FRANCOIS
- SESSAD du CAPS**, 47 Avenue du Général de Gaulle, 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
- SESSAD « Elan Argonnais »**, 1 Rue de l'Abreuvoir, 51600 SUIPPES

1. Identification de l'utilisateur (personne concernée, jeune)

N° MDPH: _____

Nom _____

Prénom _____

Adresse du jeune si il ne vit pas chez ses parents et/ ou responsable légal :

Sexe Masculin Féminin

Nationalité _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

Lieu de naissance Commune _____ Code postal _____

Pays _____

Numéro de sécurité sociale _____

Orientation(s) MDPH (joindre une copie de la notification) : _____

Situation maritale des parents :

Célibataire Marié Pacsé Concubinage Divorcé Veuf

Adresse actuelle (pour les mineurs : **parent 1 ou/et responsable légal**) :

Nom _____ Prénom _____

Date et lieu de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

Numéro : _____ Rue : _____

Complément d'adresse _____

Commune _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Email : _____

Profession : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse actuelle (pour les mineurs : **parent 2 ou/et responsable légal**) :

Nom _____ Prénom _____

Date et lieu de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

Numéro : _____ Rue : _____

Complément d'adresse _____

Commune _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Email : _____

Profession : _____

Téléphone professionnel : _____

La fratrie :

Frère et/ou sœur vivant au domicile avec le jeune :

NOM	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole et classe fréquentée

Organisme payeur de prestations familiales :

Nom de l'organisme (CAF, MSA...) : _____

Numéro d'allocataire : _____

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Le jeune est-il bénéficiaire de :A.E.E.H. : oui nonA.A.H. : oui non**Si vous êtes jeune majeur, vous vivez :** Dans un logement indépendant Dans un établissement médico-social ou de soins Autre _____**Vous êtes hébergé au domicile :** de vos parents d'un ami d'un autre membre de votre famille d'une famille d'accueil

2. Mesures de protection / Représentant légal

Autorité parentale : Parent 1 : _____ Parent 2 : _____

Mesure de protection juridique des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de protection est-elle en place ? Oui Non

Si « Oui », s'agit-il d'une :

- AED (Mesure d'Action Educative à Domicile)
- IOE le cas échéant (Mesure d'Investigation et d'Orientation Educative)
- AEMO (Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert)
- CJM (Contrat Jeune Majeur)
- Mesure de placement (à préciser : MECS, tiers de confiance, famille d'accueil) :

Personne Référente : _____

Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? Oui Non En cours

Si « Oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle
- Habilitation familiale

En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale.

3. Personnes à contacter

Lien (parent, tuteur,): _____

Nom Prénom : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Lien (parent, tuteur,): _____

Nom Prénom : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

4. Accompagnement

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (*plusieurs réponses possibles*) :

- Scolarisé en milieu ordinaire _____
- Scolarisé en établissement médico-social _____
- Formation professionnelle _____
- Accompagné par un service (SESSAD, CAMSP ? CMPP, ...) _____
- Accompagné par un établissement médico-social _____
- Hospitalisé en établissement sanitaire (hospitalisation de jour, CMP, CATTP) _____

- Sans aucune prise en charge
- Autre, à préciser : _____

Situation professionnelle pour les majeurs (*plusieurs réponses possibles*) :

- Exerce une activité professionnelle
- En recherche d'emploi
- En formation professionnelle _____
- Sans activité professionnelle
- Si "exerce une activité professionnelle" ou "en formation", commune dans laquelle l'activité est exercée : _____

5. Structures fréquentées

• Scolarité / formation

Nom de l'établissement scolaire ou du centre de formation fréquenté à l'heure actuelle : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Scolarité ou formation actuellement suivie :

Scolarité suivie :

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation (MM/AAAA) _____

A temps plein

A temps partiel :heures par semaine

Nom de l'enseignant référent pour la scolarisation des personnes handicapées (ERSEH) :

• Etablissement / service

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Etablissement fréquenté :

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation (MM/AAAA) _____

A temps plein

A temps partiel :heures par semaine

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté éventuellement à l'heure actuelle (n°2) :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Établissement fréquenté : _____

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : _____

A temps plein A temps partiel :.....heures par semaine

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté éventuellement à l'heure actuelle (n°3) :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Établissement fréquenté : _____

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : _____

A temps plein A temps partiel :.....heures par semaine

6. Connaissance des besoins

- **Le handicap de votre enfant est :**

- Non reconnu
- Reconnu _____
- Diagnostic en cours d'évaluation _____
- Un diagnostic « troubles autistiques » ou « troubles du spectre autistique » a été posé par (service/médecin) : _____ le : _____

- **Au niveau médical :**

Le jeune :

- Prend un traitement quotidien
- A besoin de soins particuliers qui doivent être dispensés par une infirmière
- A besoin d'un régime alimentaire particulier
- Est traité pour une épilepsie
- A des allergies : _____
- Bénéficie de suivis médicaux spécifiques : _____

- **Prises en charge :**

- Médecin traitant (nom et coordonnées) : _____

- Orthophonie (nom et coordonnées) : _____

- Psychomotricité (nom et coordonnées) : _____

- Kinésithérapie (nom et coordonnées) : _____

- Psychologue (nom et coordonnées) : _____

- Autres (CMP ? CMPP ? CAMSP. SESSAD...) (nom et coordonnées) : _____

Volet Parcours Personnel

N° MDPH.....

• Relations aux autres-communication :

Le jeune :

Montre de l'intérêt, joue avec les autres enfants	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Parle, s'exprime verbalement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
S'exprime avec des gestes, des images	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non

Observations : _____

• Comportement :

Le jeune :

Est plutôt calme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Peut se mettre en colère	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Peut rester attentif pendant quelques minutes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
S'adapte à des situations nouvelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non

Observations : _____

• Autonomie générale :

Le jeune :

Respecte les règles de vie à la maison	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Se déplace seul à l'intérieur de la maison	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Se déplace seul à l'extérieur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Dit ou montre s'il est content ou s'il est insatisfait	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Demande ce dont il a besoin ou ce dont il a envie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non

Observations : _____

• Entretien personnel et gestes de la vie quotidienne :

Le jeune :

Va aux toilettes seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Porte des protections le jour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
S'habille, se déshabille seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Prend ses repas seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Prend soin de lui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non

Observations : _____

Volet Parcours Personnel

N° MDPH.....

- **Apprentissages scolaires, pédagogiques :**

Le jeune sait :

Lire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Ecrire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Compter	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Calculer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non
Accepter les consignes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> moyennement	<input type="checkbox"/> non

Observations : _____

- **Quels sont les centres d'intérêt du jeune :**

Ce qu'il aime : _____

Ce qu'il n'aime pas : _____

Documents à fournir avec le dossier de demande d'admission

- La notification CDAPH
- La photocopie du livret de famille ou 1 extrait d'acte de naissance
- La photocopie de l'acte de jugement délivré par le juge des affaires familiales si divorce, délégation d'autorité parentale ou autres situations de justices
- La photocopie des derniers bilans de votre enfant : médicaux, paramédicaux, psychologue, compte-rendu de suivi de scolarisation (GEVASCO) et autres en votre possession.

Il est impératif de joindre tous les documents ci-dessus, sans quoi le dossier ne pourra pas être étudié.