



ASSOCIATION

Joseph Sauvy

Cadre réservé à l'administration de
l'établissement

Demande arrivée le :

Formulaire de demande d'admission

- Institut Médico-Éducatif (IME) AL CASAL
 - INTERNAT
 - EXTERNAT

- Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD)
DI POC Y MES 2 (*Antenne Prades*)

- Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD)
TED POC Y MES 1 (*Antenne Le Soler*)

- Unité d'Enseignement en Élémentaire Autisme (UEEA)

- Unités d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA)

Afin que nous puissions traiter votre demande d'admission sur notre établissement, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de nous le retourner avec les pièces demandées.

A réception du dossier complet (formulaire et justificatifs) par mail ou par voie postale l'établissement s'engage à vous apporter une réponse écrite sous 30 jours.

En amont, nous prendrons contact avec vous pour acter l'inscription sur notre liste d'attente.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier demande d'admission ne vaut pas admission

1. Volet administratif

- **Etat civil de l'enfant**

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

- **Renseignements administratifs**

Orientation CDAPH (préciser les types d'établissements ou services : IME, SESSAD, ULIS...)

Numéro de dossier MDPH : _____

- **Lieu de résidence**

Hébergement :

- Chez les deux parents : Oui Non

- Chez la mère : Oui Non

- Chez le père : Oui Non

- Dans une structure médico-sociale en internat :

Oui, depuis quelle date :

Non

- Autre : _____

Adresse du lieu de résidence de l'enfant :

- **Coordonnées des représentants légaux (Si différent du lieu de résidence)**

Mère (Nom et prénom) : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Père (Nom et prénom) : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Autre (Nom et prénom) : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

- **Mesure de protection**

Suivi social : Oui Non

Nom et coordonnées du professionnel :

Mesure de protection (AEMO, AED, MJIE, Placement, Autre...) : Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

• **SITUATION ACTUELLE**

• **Accompagnement**

Accompagné par un service médico-social (Ex : SESSAD)

Lequel : _____

Accompagné par un établissement médico-social

Lequel : _____

Accompagné en secteur sanitaire (CAMPS, CMP, Hôpital de jour...)

Lequel : _____

Sans accueil ni accompagnement

Accompagné par des professionnels libéraux

Autre, à préciser :

• **Scolarisation**

oui Non

Classe :

Etablissement d'accueil :

Prises en charge libérales	OUI	NON	Nom du professionnel	Modalités (1 fois/ sem...)
Kinésithérapeute				
Orthophoniste				
Ergothérapeute				
Psychomotricien				
Autres :				

Avez-vous contacté d'autres établissements pour une demande d'admission :

Oui Non

Si oui, lequel/lesquels : _____

2. Volet médical

• SUIVI MEDICAL

Diagnostic : _____

Traitement actuel : _____

Troubles du sommeil : Oui Non

Troubles alimentaires : Oui Non

Appareillage : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Sensibilité particulière : Bruit / Odeur / Autre :

Médecins spécialistes consultés régulièrement :

Autre/commentaire :

3. Volet Autonomie

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
Habillage			
Déshabillage			
Prendre ses repas			
Utiliser les toilettes			

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, lequel : _____

Port de couches :

Oui Non Jour Nuit

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			

Généralités	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Compréhension de consignes simples			
Respect des règles de vie			
Relation avec autrui			
Joue seul			
Concentration			

Troubles du comportement : Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

A conscience du danger : Oui Non

Communication	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
Orale			
Signes			
Pictos, PECS, Makaton			
Sait se faire comprendre			

4. Volet PROJET DE VIE

Projet de vie de l'enfant (centres d'intérêts/difficultés etc...) :

Projet de vie de la famille (vos priorités/vos difficultés...) :

* Liste des pièces justificatives à joindre au dossier :

Obligatoires :

- Courrier de la famille demandant l'admission, et adressé à la directrice de l'établissement Madame Maurel Nathalie.
- Photocopie notification d'orientation MDPH
- Autorisation liste centralisée MDPH (Viatrajectoire)

Facultatives :

- Derniers Bilans (éducatif, scolaire, psychologique, etc...)
- Documents médicaux
- Bilan CRA
- GEVASCO

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, titulaire de l'autorité parentale
pour l'enfant, né(e) le
.....

- Autorise*
- N'autorise pas*

Les professionnels de l'établissement à inscrire mon enfant sur la liste d'attente propre à la structure et la liste centralisée de la même catégorie d'ESSMS, de la MDPH.

* Sauf opposition de la part du demandeur, les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné à alimenter la liste d'attente propre à la structure, et la liste centralisée de la même catégorie d'ESSMS. Conformément à la loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 », le demandeur bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne ».

Date et signature