



ASSOCIATION

Joseph Sauvy

Cadre réservé à l'administration de l'établissement

Demande arrivée le :

Adressé par :

Nom de l'enfant :

# Formulaire de demande d'admission

- I**nstitut **M**édico-**E**ducatif (IME) AL CASAL
- Internat       Externat       Parcours partagé
- S**ervice d'**E**ducation **S**péciale et de **S**oins **A** Domicile (SESSAD)  
POC Y MES 2 (*Antenne Prades*)
- S**ervice d'**E**ducation **S**péciale et de **S**oins **A** Domicile (SESSAD)  
POC Y MES 1 (*Antenne Le Soler – spécifique TSA*)
- U**nité d'**E**nseignement en **E**lémentaire **A**utisme (UEEA)
- U**nités d'**E**nseignement en **M**aternelle **A**utisme (UEMA)

Afin que nous puissions traiter votre demande d'admission sur notre établissement et/ou nos services, 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**.

Si nous avons besoin d'informations complémentaires, nous prendrons contact avec vous en amont de l'inscription sur la liste d'attente.

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

IME Al Casal – SESSAD – UEEA – UEMA  
15 Bd de la Vallée de la Têt – 66270 LE SOLER  
Tel : 04.68.34.36.82  
Mail : [contact.ime.al.casal@asso-sauvy.fr](mailto:contact.ime.al.casal@asso-sauvy.fr)  
[www.alcasal-pocymes.fr](http://www.alcasal-pocymes.fr)  
[www.association-sauvy.fr](http://www.association-sauvy.fr)

## 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 de l'enfant)**

Mère (Nom et prénom) :

Téléphone :  Mail :

Adresse :

Père (Nom et prénom) :

Téléphone :  Mail :

Adresse :

Autre (Nom et prénom) :

Téléphone :  Mail :

Adresse :

- **Fratrie**

Nom et prénom	Date de naissance	Scolarité / Emploi	Autre ( à domicile ou hors domicile)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **Mesure de protection**

Suivi social / éducatif :  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 (IME, IEM, ...)

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 / Ville :

AESH :  Oui  Non

Si oui :  Individuelle  Mutualisée

Heures hebdomadaires  h.

Scolarisation :

Temps plein  Temps partiel

Préciser les jours :

Mange à la cantine :  Oui  Non

<b>Prises en charge libérales</b>	OUI	NON	Nom du professionnel et lieu d'exercice	Modalités (1 fois/ sem...)
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychomotricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

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

Oui  Non

Si oui, lequel/lesquels :

Si un professionnel, vous a accompagné pour cette demande d'admission, merci de préciser son nom, le service et ses coordonnées :

## 2. Volet médical

### • Suivi médical

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Port de couches :

Oui     Non     Jour     Nuit

Régime alimentaire particulier :  Oui     Non

Si oui, lequel :

<b>Mobilité</b>	Seul	Aide partielle	Aide totale
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Généralités</b>	Pas de difficultés (OUI)	Difficultés moyennes	Ne fait pas (NON)
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension de consignes simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des règles de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joue seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles du comportement :  Oui  Non

Troubles du comportement	OUI	NON
Auto agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hétéro agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jets d'objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Préciser)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

A conscience du danger :  Oui  Non

Peut-il se mettre en danger :  Oui  Non

Si oui, précisez (exemple : fugue...) :





#### 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...) :


Si votre enfant à une orientation IME, seriez-vous intéressé par une prise en charge totalement en ambulatoire (domicile / milieu ordinaire) :

Oui

Non

\* Liste des pièces justificatives à joindre au dossier :

**Obligatoires :**

- Un courrier de la famille demandant l'admission, et adressé à la directrice de l'établissement Madame MAUREL Nathalie.
- Une photocopie de la notification d'orientation MDPH (IME, SESSAD, UEMA, UEEA, ...)
- L'autorisation d'inscription sur la liste centralisée MDPH ci-jointe page 12.



Concernant les inscriptions pour le SESSAD POC Y MES 1 (TSA Le Soler), UEEA, UEMA, merci de joindre **obligatoirement** un bilan CRA ou un certificat médical spécifiant le diagnostic TSA.

**Facultatives :**

- Derniers bilans (éducatif, scolaire, psychologique, etc...)
- Documents médicaux
- GEVASCO

Dès réception et dans un délai de **30 jours** vous recevrez un courrier actant l'inscription en liste d'attente de votre enfant.

Dès lors, **il n'est donc pas nécessaire de nous recontacter**. S'il y avait une possibilité d'accueil ou si nous avons besoin d'informations complémentaires, une personne de l'équipe vous recontactera.

Si vous devez nous signaler des changements dans la situation de votre enfant, merci de nous transmettre ces éléments uniquement par mail : [social.ime.al.casal@asso-sauvy.fr](mailto:social.ime.al.casal@asso-sauvy.fr)

## 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

## Actions en direction des aidants

Dans le cadre de l'ensemble de nos services, nous organisons et proposons des actions destinées aux aidants des enfants accueillis sur nos établissements ou sur nos listes d'attente.

Merci de nous dire si vous seriez intéressé par ces actions :

- Café parents :  Oui  Non
- Groupe fratrie :  Oui  Non
- Réunion à thème :  Oui  Non
- Autres (Exemple : répit...) :  Oui  Non
