



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-**É**ducatif (IME) AL CASAL
- Internat Externat Ambulatoire (domicile/milieu ordinaire)
- 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)

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

Afin que nous puissions traiter votre demande, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de nous le retourner avec les pièces demandées, par mail ou par voie postale. Si nous avons besoin d'informations complémentaires, nous prendrons contact avec vous.

Le **dossier complet** (formulaire et justificatifs) sera étudié par notre commission d'admissibilité et la décision prise par la direction vous sera transmise par écrit.

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

Prises en charge libérales	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 ou un tiers, vous a accompagné pour cette demande d'admission, merci de préciser son nom, le service le cas échéant et ses coordonnées :

<input type="text"/>

2. Volet médical

• Suivi médical

Avez-vous bénéficié d'un conseil génétique intégrant la fratrie ?

Oui Non

Souhaitez-vous en bénéficier ? Oui Non

Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Qui l'a posé ?

Avec quelles évaluations ?

Traitement actuel :

Troubles du sommeil Oui Non

Troubles alimentaires : Oui Non

Appareillage : Oui Non

Si oui, lequel ?

Sensibilité particulière Bruit / Odeur / Autre :

Capacité à éliminer (selles, urine...) :

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

Si oui, a besoin d'une aide ? Oui Non Aide partielle Aide totale

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, lequel :

Mobilité	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"/>

Généralités	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"/>
Ingestion d'objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingestion de liquide en quantité	<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 (elle) se mettre en danger : Oui Non

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

Dispose d'une méthode de communication (Makaton, PECS...)? : Oui Non

Laquelle ou lesquelles ?	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres informations :

4. Volet projet de vie

Souhaitez-vous porter à notre attention un culte qui serait le vôtre et qui pourrait impacter l'accompagnement proposé ? Oui Non

Si oui, quelle en serait la portée sur l'accompagnement ?

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 :

- 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.
- Derniers bilans (éducatif, scolaire, psychologique, etc...)
- Documents médicaux
- Si un diagnostic de TSA a été posé, merci de joindre le bilan du CRA (si existant) et les évaluations associées.
- GEVASCO

Dans le cas où vous ne disposeriez pas de ces documents, nous autorisez-vous à nous mettre en contact avec les organismes ayant précédemment accompagné votre enfant ?

Oui Non

Le dossier de votre enfant sera étudié par notre commission d'admissibilité qui se réunit tous les trimestres. La décision prise par la direction vous sera transmise par écrit.

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

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
