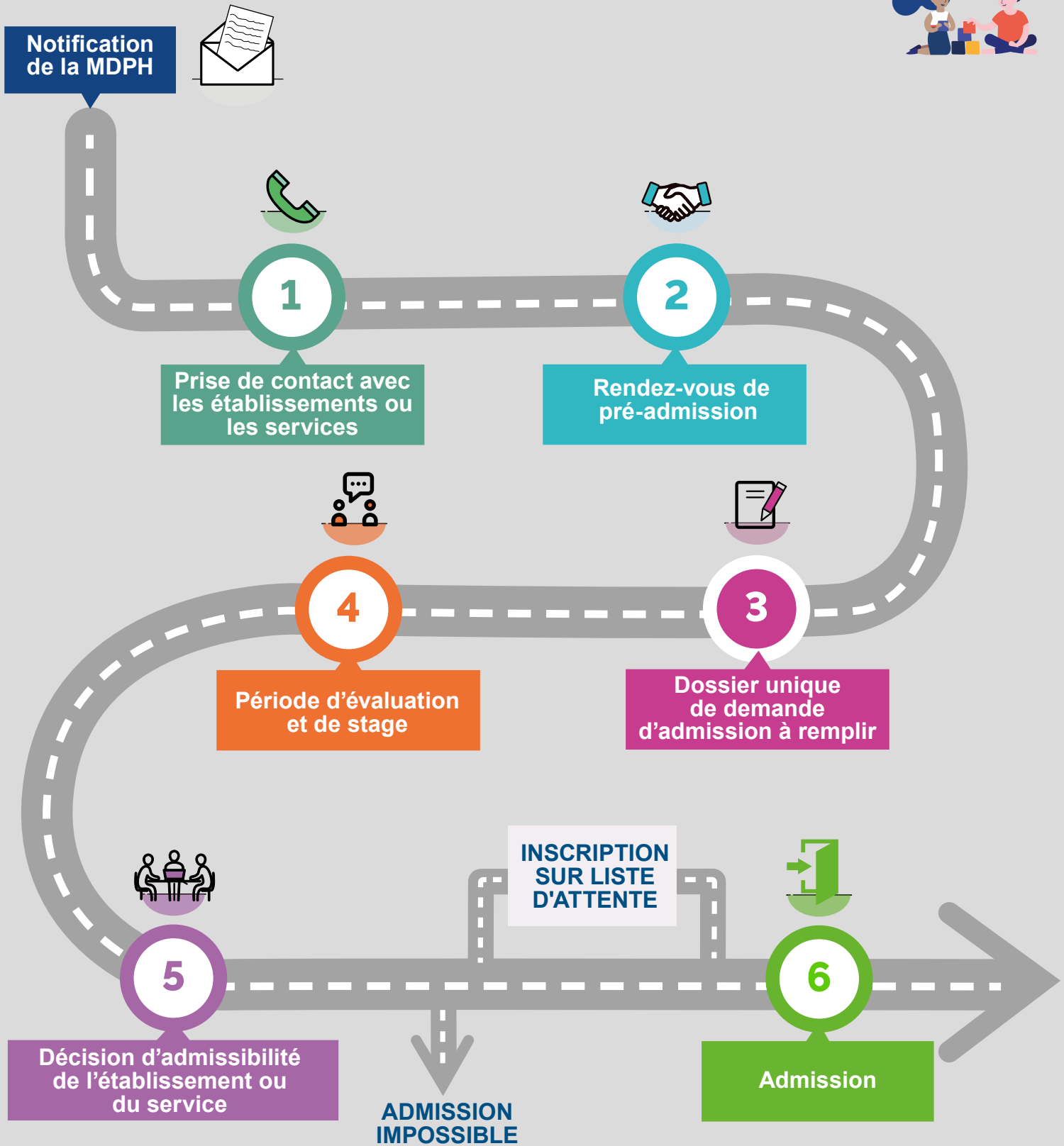


# DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE POUR ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP





## Décision de la MDPH

- J'ai reçu un courrier de notification d'orientation de la MDPH avec les coordonnées d'établissements ou de services qui peuvent me correspondre.

### 1 Prise de contact avec les établissements ou les services

- Je contacte les établissements ou les services de mon choix.
- Ils me donnent des informations sur ce qu'ils peuvent me proposer.
- Nous prenons rendez-vous dans un délai d'un mois.

### 2 Rendez-vous de pré-admission

- Je rencontre des professionnels, des personnes accueillies, je visite les lieux, je pose des questions.
- Je peux repartir avec un dossier unique de demande d'admission. Je peux aussi le télécharger sur internet.
- Si je ne suis pas intéressé, je préviens l'établissement ou le service.

### 3 Dossier unique de demande d'admission à remplir

- Je remplis le dossier unique de demande d'admission.
- Je peux demander de l'aide à l'établissement ou au service. Je peux demander de l'aide à un professionnel qui m'accompagne déjà.
- Je le dépose ou je l'envoie par courrier aux établissements ou services de mon choix.

**VOUS ÊTES ICI**

### 4 Période d'évaluation et de stage

- Ma demande est étudiée par les professionnels de l'établissement ou du service.
- Une période de découverte peut m'être proposée.
- Une commission d'admission se prononce sur ma demande.

### 5 Décision d'admissibilité de l'établissement ou du service

- L'établissement ou le service me donne une réponse par courrier ou lors d'un entretien, dans un délai de 3 mois maximum.
- 3 situations sont possibles :
  - Je suis admis immédiatement.
  - Je suis admissible mais il n'y a pas de places disponibles : je suis inscrit sur liste d'attente. J'échange régulièrement avec l'établissement ou le service.
  - L'établissement ou le service ne correspond pas à mes besoins : l'admission est impossible. Je continue mes démarches vers d'autres établissements ou services. D'autres solutions pourront m'être proposées par la MDPH.

### 6 Admission

- Je donne des documents administratifs pour compléter mon dossier.
- Je signe un contrat.
- J'organise mon arrivée avec l'établissement ou le service.

#### Remarques :

**Le parcours d'admission présenté ici ne concerne que les établissements et services du département de la Somme. Concernant les autres départements, je me renseigne sur leur parcours d'admission.**

**Je peux faire cette demande dans plusieurs établissements ou services avec le même dossier unique de demande d'admission**

# 1 / INFORMATIONS GÉNÉRALES

## IDENTITÉ DE VOTRE ENFANT

Nom

Prénom(s)

Né(e) le / /

Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

## VOS COORDONNÉES

### PÈRE

Nom

Prénom

Détenteur de l'autorité parentale :  Oui  Non

Adresse

Commune

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone

Courriel/mail

Comment préférez-vous être contacté ?

Courriel/mail  Appel téléphonique  SMS  Courrier

### MÈRE

Nom

Prénom

Détentrice de l'autorité parentale :  Oui  Non

Adresse

Commune

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone

Courriel/mail

Comment préférez-vous être contacté ?

Courriel/mail  Appel téléphonique  SMS  Courrier

## VOTRE SITUATION FAMILIALE

Lieu de vie de votre enfant :  au domicile familial  chez son père  chez sa mère  
 en garde alternée  Autre, précisez :

FRATRIE Noms et prénoms des frères et soeurs	Années de naissance	Établissements fréquentés

Y a-t-il une situation particulière que vous voudriez nous faire connaître ?  Oui  Non

Précisez :

## ÉVENTUELLES MESURES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

• Si l'enfant bénéficie d'une mesure de protection judiciaire (AEMO, placement, tiers digne de confiance...) :

Type de protection :

Nom et prénom du référent :

Téléphone

Courriel/mail

• Si une délégation d'autorité parentale a été décidée par le juge :

Nom du représentant légal, personne ou organisme :

Adresse

Commune

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone

Courriel/mail

• Si l'enfant bénéficie d'une mesure de protection administrative (AED, accueil temporaire...) :

Type d'accompagnement:

Nom de l'organisme :

Nom du professionnel référent :

Téléphone

Courriel/mail

• Si l'enfant vit en famille d'accueil ou en institution :

Nom de la famille d'accueil ou de la structure :

Modalités d'accueil (temps plein, temps partiel,...) :

Adresse

Commune

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone

Courriel/mail

• Le jeune bénéficie-t-il d'un Contrat jeune majeur ?

Oui  Non

La date de début :     /     /                      La date de fin :     /     /

## LES ORIENTATIONS DE LA CDAPH

Numéro de dossier MDPH : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  MDPH de la Somme

Autre, précisez :

Votre enfant bénéficie d'une orientation vers un établissement ou un service, pouvez-vous préciser :

La date d'ouverture des droits : / / La date de fin : / /

Si une modalité particulière d'accompagnement est prévue (internat, accueil temporaire, ...), précisez :

Vous bénéficiez d'autres orientations CDAPH, précisez :

## LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Quelle est la nature de son handicap ?

- Auditif  Visuel  Intellectuel  Moteur  Autisme/TND  Psychique  
 Troubles du comportement  Traumatisme crânien  Maladie invalidante  Polyhandicap  
 Troubles Dys  Troubles neurologiques  Autre, précisez si besoin :

Quels sont les suivis de santé actuellement en cours ?

Prise en charge	Non	Oui	Si oui, à quelle fréquence ?	Nom et coordonnées du praticien
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Est-il appareillé ?  Oui  Non

- Poussette adaptée  Transat moulé/siège  Béquille  Fauteuil roulant manuel  
 Fauteuil roulant électrique  Lit médicalisé  Appareil auditif  Orthèse ou prothèse  
 Autre(s) :

## 2 / AUTONOMIE

### DANS LA VIE QUOTIDIENNE, VOTRE ENFANT EST AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Prendre ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se laver, aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins d'aide, précisez :			

### POUR SE DÉPLACER, VOTRE ENFANT EST AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Faire ses transferts <i>(exemple : entre le lit et son fauteuil roulant)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se déplacer chez vous	<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 transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins d'aide, précisez :			

### DANS SA VIE SOCIALE, VOTRE ENFANT EST AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• S'exprimer, se faire comprendre, entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir des activités sportives et des loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Participer à la vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir des relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Assurer sa sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins d'aide, précisez :			

### DANS LES APPRENTISSAGES SCOLAIRES, VOTRE ENFANT EST AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Calculer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Écrire, prendre des notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Comprendre et suivre des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Organiser son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser du matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins d'aide, précisez :			

### 3 / ACCUEIL ET SCOLARITÉ

#### PETITE ENFANCE

Votre enfant est-il accueilli régulièrement dans une structure de la petite enfance ?  Oui  Non

en milieu ordinaire (*maternelle, école, collège, lycée...*)

- en dispositif adapté (ULIS, UEMA, UEEA, SEGPA...)

Oui  Non

- avec un accompagnant en classe

Oui  Non

- avec l'accompagnement d'un SESSAD

Oui  Non

à domicile

- avec les cours du CNED

Oui  Non

- avec l'intervention du SAPAD

Oui  Non

en établissement de santé (hôpital, CAMSP...), précisez :

en milieu spécialisé (IME, IEM, DITEP...), précisez :

autre, précisez :

Classe actuellement fréquentée :

Nom de l'établissement :

Est-il scolarisé :  à temps complet  à temps partiel, précisez :

Nom de l'Enseignant Référent de Scolarisation avec qui vous êtes en contact :

Téléphone

Adresse courriel

#### ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

Votre enfant fréquente-t-il un centre de loisirs ?  Non  Oui, précisez :

Votre enfant fréquente-t-il un club sportif ?  Non  Oui, précisez :

#### RELAIS ET SOUTIEN

Avez-vous des relais pour faire garder votre enfant ponctuellement ?  Oui  Non

Halte-garderie

Parents

Association

Unité de répit

Prestataire particulier privé

Précisez :

## 4 / PROJET DE VIE

### LES MOTIVATIONS DE VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

• Pour quelles raisons souhaitez-vous aujourd'hui que votre enfant intègre un établissement ou service ?

• S'il est en âge de les exprimer, quels sont ses projets ou ses envies ?

• Quels sont ses centres d'intérêts ? Précisez :

Sport :

Sorties culturelles :

Vie ménagère :

Jeux de société :

Jeux vidéo :

Activités manuelles :

Animaux :

Musique :

Activités d'extérieur :

Autres :













• Apprécie-t-il plutôt ? :

Les activités en groupe

Les activités individuelles

Les deux

• Si votre enfant est en âge de réaliser des activités pré-professionnelles, quelles sont les activités qui l'intéressent ?

<input type="checkbox"/>		Espaces verts	<input type="checkbox"/>		Floriculture Horticulture	<input type="checkbox"/>		Couture
<input type="checkbox"/>		Conditionnement	<input type="checkbox"/>		Blanchisserie Repassage	<input type="checkbox"/>		Menuiserie
<input type="checkbox"/>		Assemblage	<input type="checkbox"/>		Bâtiment Rénovation	<input type="checkbox"/>		Tapiserie
<input type="checkbox"/>		Restauration	<input type="checkbox"/>		Nettoyage Entretien	<input type="checkbox"/>		Peinture

Autres, précisez :



## 5 / VOS ATTENTES ENVERS L'ÉTABLISSEMENT OU LE SERVICE

• Avez-vous des attentes particulières, en cas d'admission, concernant :

> Ses apprentissages scolaires ?

> Son hébergement, si c'est le cas ?

> Son accompagnement médical ou paramédical ?

> Les activités éducatives ?

> Ses relations avec les autres enfants et jeunes accueillis ?

• Quand souhaiteriez-vous qu'il/elle intègre l'établissement ou le service ?

dès que possible  d'ici quelques mois, précisez :

dans 1 an ou plus, précisez :

• À quelle fréquence souhaitez-vous que votre enfant soit accueilli ?

à temps plein  à temps partiel  en accueil temporaire, précisez :

• Avez-vous des craintes sur l'évolution de la situation de votre enfant dans le temps ?

Non  Oui, précisez :

• Souhaitez-vous ajouter un dernier commentaire ?

Fait le     /     /     à

Signature du représentant légal et/ou organisme, le cas échéant :

Avez-vous été aidé pour remplir ce dossier ?  Oui  Non

Si oui, par qui ?

Téléphone

Courriel/mail

*Cadre réservé à l'établissement ou au service*

*Dossier reçu le :*