

DOSSIER DE CANDIDATURE ENFANT - ADOLESCENT

Ce dossier s'adresse à la personne en situation de handicap qui recherche un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social.

NOM DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT :

**COORDONNEES et FONCTION DE LA PERSONNE QUI A
AIDE A REMPLIR LE DOSSIER :**

NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE :

Adresse de l'établissement ou du service :

DATE DE CANDIDATURE

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER PAR L'ETABLISSEMENT OU LE
SERVICE

Je donne mon accord pour que les différents professionnels ayant à intervenir dans le processus de ma candidature puissent prendre connaissance des renseignements figurant dans ce document. Ces professionnels s'engagent à respecter ma vie privée et la confidentialité des informations me concernant en application des dispositions du Code de l'Action et des Famille et du Code pénal.

La Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Fait le :

Le candidat,

Ou son représentant légal,

à remplir par l'établissement :

DATE DE CANDIDATURE

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER

AVIS

FAVORABLE

DEFAVORABLE

EN COURS D'EVALUATION

Motif :

DOSSIER DE CANDIDATURE

A - IDENTITE

A1 - IDENTITE DE L'ENFANT ou de L'ADOLESCENT

NOM			
PRENOMS			
SEXE			
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE NAISSANCE			
NATIONALITE			

ADRESSE 1 (adresse administrative)			
Complément d'adresse			
CODE POSTAL		COMMUNE	
TELEPHONE		MAIL	

ADRESSE 2 si différente (adresse actuelle)			
Complément d'adresse			
CODE POSTAL		COMMUNE	
TELEPHONE		MAIL	

Organisme payeur des prestations familiales	
Organisme d'assurance maladie	
N° de sécurité sociale	
Mutuelle	

DOSSIER DE CANDIDATURE

A - IDENTITE

A2 - IDENTITE DES PARENTS ET AUTORITE PARENTALE

	PARENT 1 ou REPRESENTANT LEGAL 1		PARENT 2 ou REPRESENTANT LEGAL 2
<i>Exerçant l'autorité parentale ?</i>	OUI / NON		OUI / NON
<i>avec ou sans restriction ?</i>	OUI / NON		OUI / NON
Nom			
Prénom			
Lien de parenté			
Date de naissance			
Adresse			
Complément d'adresse			
Code postal			
Commune			
Pays			
Téléphone			
mail			

	AUTRE PERSONNE EXERCANT L'AUTORITE PARENTALE		REFERENT ASE
Nom			
Prénom			
Lien de parenté			
Adresse			
Complément d'adresse			
Code postal			
Commune			
Pays			
Téléphone			
mail			

Précisez par quel moyen souhaitez-vous être contacté ?

- par courrier
 par téléphone
 par mail

A - IDENTITE**A3 - LA FAMILLE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION**

	REPRESENTANT LEGAL 1		REPRESENTANT LEGAL 2
Type de mesure			
Nom de l'organisme			
OU Nom de la personne			
Adresse			
Code postal			
Commune			
Téléphone			
mail			

A4 - L'ENFANT OU L'ADOLESCENT EST DANS UNE SITUATION NECESSITANT UN TRAITEMENT RAPIDE DE SA DEMANDE ?*Expliquez les difficultés :*

--

A5 - QUELS SONT LES DROITS DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT PRONONCES PAR LA MDPH ?*Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?*

<input type="checkbox"/> si oui, dans quel Département ?	
Numéro de dossier MDPH :	
Nom du référent du dossier à la MDPH :	
<input type="checkbox"/> non	

B- LA VIE QUOTIDIENNE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT**B1 - SA VIE QUOTIDIENNE****L'enfant ou l'adolescent vit :**

<input type="checkbox"/> avec ses parents ou l'un d'entre eux, <input type="checkbox"/> Autre situation à préciser :
<input type="checkbox"/> L'enfant est déjà accompagné par un service social, éducatif, médical (ASE, AEMO, CMP, autres). Si oui, le(s)quel(s) ?
<input type="checkbox"/> Vous avez déjà effectué des démarches auprès d'autres établissements ou un service spécialisé, si oui le(s)quel(s) ?

B2 - SA SITUATION SCOLAIRE**Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :**

<input type="checkbox"/> En milieu ordinaire, <input type="checkbox"/> A domicile, <input type="checkbox"/> Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social, <input type="checkbox"/> En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou le domicile, <input type="checkbox"/> En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire, <input type="checkbox"/> En formation supérieure, <input type="checkbox"/> Autre, préciser :	Au sein de quel établissement ?	
	Dans quelle classe ?	
	Depuis le :	
Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves en situation de handicap :		
<input type="checkbox"/> Si oui, préciser lequel :		

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

<input type="checkbox"/>	Dans quel établissement scolaire ?	
	Et à partir de quand ?	
<input type="checkbox"/> Non	Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire, ou médico-social, expliquez pourquoi ?	

B- VOTRE VIE QUOTIDIENNE**B3 - SITUATION ET BESOINS DE LA FAMILLE ET/OU DU PROCHE AIDANT**

Nom de l'aidant 1		Nom de l'aidant 2	
Prénom de l'aidant 1		Prénom de l'aidant 2	
Adresse de l'aidant 1 (si différent du représentant légal)		Adresse de l'aidant 2 (si différent du représentant légal)	
Code postal		Code postal	
Lien (familial ou autre) avec l'enfant ?		Lien (familial ou autre) avec l'enfant ?	
Nature de l'aide apportée par le (les) aidant(s) ?			
En cas d'empêchement de(s) aidant(s), avez-vous une solution de relais ? Si oui, laquelle ?			

C- LES BESOINS DE L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

C1 - QUELS SONT SES BESOINS EN MATIERE DE SANTE ?	C2 - QUELS SONT SES BESOINS EN MATIERE D'AUTONOMIE ?
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	<input type="checkbox"/> Besoins en lien avec l'entretien personnel
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de fonctions sensorielles	<input type="checkbox"/> Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de douleur	<input type="checkbox"/> Besoins pour la mobilité
<input type="checkbox"/> Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	<input type="checkbox"/> Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de fonctions cardiovasculaires, hématopoïétiques, immunitaires et respiratoire	C3 - QUELS SONT SES BESOINS POUR LA PARTICIPATION SOCIALE ?
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de fonctions digestives, métaboliques, endocriniennes	<input type="checkbox"/> Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	<input type="checkbox"/> Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques
<input type="checkbox"/> Besoins en matière de fonctions locomotrices	<input type="checkbox"/> Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
<input type="checkbox"/> Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	<input type="checkbox"/> Besoins en lien avec le travail et l'emploi
<input type="checkbox"/> Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/> Besoins en matière d'apprentissage
	<input type="checkbox"/> Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
	<input type="checkbox"/> Besoins pour participer à la vie sociale
	<input type="checkbox"/> Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport
ACTUELLEMENT <i>son suivi médical est assuré par :</i>	