Dossier de demande d'admission

en établissement et service pour enfants handicapés

Département de la Gironde

Agence Régionale de Santé Aquitaine

MDPH 33

Cadre réservé à l'établissement / service *Dossier reçu le :*

Ce dossier vise à garantir un traitement égalitaire et simplifié des démarches entreprises pour l'admission des enfants dans les établissements et services médico-sociaux du champ du handicap.

Il est à remplir en un seul exemplaire puis à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels une demande d'admission sera faite.
Il est nécessaire d'envoyer une copie du dossier à chaque établissement sollicité.

Il comprend :
→ un volet administratif, renseigné par les parents ou par toute personne habilitée à le faire (tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux).
→ un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin. **Il doit être renseigné depuis moins de 6 mois avant la date d'envoi du dossier**. Ce volet est à placer sous pli confidentiel, afin de permettre au médecin des établissements et services concernés d'émettre un avis circonstancié sur la capacité à pouvoir prendre en charge l'accompagnement de la personne.

Ce dossier permet l'examen de la demande d'admission, **son dépôt ne vaut pas une admission. L'établissement s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois.**
Remplissez ce dossier de la manière la plus complète possible : en cas de besoin, vous pouvez contacter l'établissement que vous sollicitez pour l'admission de votre enfant.

1. Identification de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : ◯ Masculin ◯ Féminin

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Commune : _____

Code postal : _____

Pays : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Orientation M.D.P.H. : Joindre une copie de la notification

_____

_____

_____

_____

2. Adresse où réside l'enfant

L'enfant réside chez : ◯ Mère ◯ Père ◯ Les deux

◯ Autre (à préciser) _____

_____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

_____

_____

_____

_____

Commune : _____

Code Postal : _____

Téléphone : _____

e-Mail : _____

3. Coordonnées des parents

	Mère	Père
Nom :		
Prénom :		
N° et Rue :		
Commune :		
Code Postal :		
Téléphone :		
e-Mail :		

4. Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Précisez qui détient l'autorité parentale : ◯ Mère ◯ Père ◯ Les deux ◯ Autre

Si autre, précisez les coordonnées (adresse, mail et téléphone) de la personne et/ou de l'organisme : _____

_____

_____

_____

Mesure de protection juridique des jeunes majeurs (à partir de 18 ans)

Une mesure de protection est-elle en place ? ◯ Oui ◯ Non ◯ Demande en cours

Si « Oui » ou « Demande en cours », il s'agit d'une :

◯ Sauvegarde de justice
◯ Curatelle simple
◯ Curatelle renforcée
◯ Tutelle

Protection administrative et/ou judiciaire des mineurs

Une mesure de protection est-elle en place ? ◯ Oui ◯ Non

Si « Oui », il s'agit d'un(e) :

◯ AED (mesure d'Action Educative à Domicile)
◯ IOE (mesure d'Investigation et d'Orientation Educative)
◯ AEMO (mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert)
◯ Placement (à préciser) : _____

_____

5. Situation de l'enfant

Situation actuelle de l'enfant

Plusieurs réponses sont possibles :

☐ Scolarisé en milieu ordinaire
☐ Scolarisé en établissement médico-social
☐ Sans scolarisation ni formation professionnelle
☐ Aucune prise en charge
☐ Formation professionnelle
☐ Autre - Préciser

Emploi du temps de l'enfant :

	MATIN	APRES-MIDI	SOIR
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			
SAMEDI			
DIMANCHE			

Nom de l'établissement scolaire ou du centre de formation :

_____

_____

Scolarité ou formation suivie :

_____

_____

Adresse : _____

_____

Tél : _____

E-mail : _____

Depuis quand ? : _____

Nom de l'enseignant référent : _____

1 / Nom de l'établissement médico-social et / ou sanitaire :

_____

_____

_____

_____

Adresse : _____

_____

Tél : _____

E-mail : _____

2 / Nom de l'établissement médico-social et / ou sanitaire :

_____

_____

_____

_____

Adresse : _____

_____

Tél : _____

E-mail : _____

3 / Nom de l'établissement médico-social et /ou sanitaire :

_____

_____

_____

_____

Adresse : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Parcours de l'enfant depuis sa naissance

Pour chaque période de la vie, indiquez les événements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire, médico-social ou de santé.

Période de 0 à 5 ans

Années	Type d'accompagnement	Nom et commune de l'établissement scolaire et/ou de l'établissement ou service médico-social ou de santé

Evénements importants

Evénements importants

Période de 6 à 14 ans

Années	Type d'accompagnement	Nom et commune de l'établissement scolaire et/ou de l'établissement ou service médico-social ou de santé

Evénements importants

Evénements importants

Période après 14 ans

Années	Type d'accompagnement	Nom et commune de l'établissement scolaire et/ou de l'établissement ou service médico-social ou de santé

Evénements importants

Evénements importants

Date : _____

Dossier rempli par : _____

SIGNATURE :

Dossier Médical

Cette fiche doit être remplie par un médecin (médecin traitant ou d'établissement).
Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées avec des éléments médicaux récents (datant de moins de 6 mois).
Cette fiche doit être photocopiée par vos soins et jointe au reste du dossier de demande d'admission, SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DE « Mr ou Mme LE MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT ».

Nom, prénom et qualité de la personne ayant rempli le dossier médical :

Date :

Signature :

Tampon :

Nom de l'enfant : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____

1. Médecins qui suivent habituellement l'enfant

Nom, prénom, adresse et téléphone **du médecin traitant** : _____
_____
_____
_____

Noms, prénoms, spécialités médicales et coordonnées **des médecins spécialistes** qui suivent l'enfant :

(exemples : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

Noms, prénoms et coordonnées des **professionnels paramédicaux** qui suivent l'enfant :

(exemples : orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien...)

Antécédents médico-chirurgicaux notables :

2. Diagnostic principal (CIM 10)

Description de la pathologie à l'origine du handicap

2.1 Concernant les diagnostics d'autisme et autres TED (préciser CIM10) :

- ☐ Autisme infantile
- ☐ Autisme atypique
  - ☐ Atypie due à l'âge de survenue
  - ☐ Atypie due à la symptomatologie
  - ☐ Atypie due à la fois à l'âge de survenue et à la symptomatologie
- ☐ Syndrome de Rett
- ☐ Autre trouble désintégratif de l'enfance
- ☐ Trouble hyperkinétique associé à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- ☐ Syndrome d'Asperger
- ☐ Autres troubles envahissants du développement
- ☐ Trouble envahissant du développement, sans précision

2.2 Diagnostics (CIM 10) et autres problématiques associés

Description des symptômes associés

3. Traitement en cours

Prescriptions en cours (nom des médicaments, posologie, modalités d'administration)

4. Déficiences

	Oui	Non	Commentaires
intellectuelles et cognitives	○	○	
psychiques	○	○	
auditives	○	○	
du langage	○	○	
visuelles	○	○	
viscérales	○	○	
motrices	○	○	
autres déficiences	○	○	

Déficience principale : _____

5. Données sur l'Autonomie

	Autonome	Besoin d'aide d'un tiers	Dépendant
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Fixer son attention			
Mémoriser			
Communiquer			
Parler			
Entendre			
Voir			
Lire, écrire			
Tenir debout			
Faire les transferts			
Tenir assis			
Se déplacer, à l'intérieur, à l'extérieur			
Avoir une activité motrice fine			
Se laver			
Gérer l'élimination, utiliser les toilettes			
S'habiller			
Prendre les repas			

6. Symptômes psycho-comportementaux

	Oui	Non	Commentaires
Troubles du comportement			
Respect des règles de vie			
Agitation, cris			
Agressivité			
Angoisse, anxiété			
Hallucination, délire			
Dés-inhibition			
Apathie			
Troubles du sommeil			
Addictions			
Autres			

7. Soins Techniques

	Oui	Non	Commentaires
Gastrostomie			
Sonde digestive			
Sonde/stomie urinaire			
Ventilation			
Régime alimentaire spécifique			
Pansements			
Autres			

8. Appareillages

	Oui	Non	Commentaires
Fauteuil roulant	○	○	
Cannes	○	○	
Déambulateur	○	○	
Appareil auditif	○	○	
Appareil de ventilation	○	○	
Outils de communication	○	○	
Autres	○	○	

9. Autres commentaires médicaux et recommandations éventuelles