

DOSSIER UNIQUE DE PREADMISSION EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

Date de la demande :

Date de réception de la demande :

Vous envisagez de vous inscrire, ou d'inscrire votre enfant, dans un établissement ou un service pour personnes en situation de handicap. Afin de faciliter vos démarches, ce dossier est à compléter en un seul exemplaire, à photocopier puis à adresser directement à chaque établissement ou service concerné par votre démarche d'inscription (dossier à photocopier pour chaque établissement ou service).

Ce dossier permet l'examen de votre demande d'admission, mais son dépôt ne vaut pas une admission. Les établissements ou services sollicités doivent être conformes aux orientations prononcées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

A - VOLET ADMINISTRATIF

Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

NOM	<input type="text"/>
NOM d'épouse ou nom d'usage	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>

Situation familiale (pour les adultes)

<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)/pacsé(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> en couple	<input type="checkbox"/> veuf/veuve
Enfants à charge ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si OUI , indiquer le nombre d'enfants et leur année de naissance	<input type="text"/>	enfant(s) né(s) en	<input type="text"/>		

Adresse personnelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Adresse : n° et rue bâtiment, appartement, etc...)	<input type="text"/>				
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	Portable	<input type="text"/>		
Adresse Mail	<input type="text"/>				

Parents / autorité parentale (pour les mineurs)

Père

Mère

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse (n°, rue, bâtiment, appartement...)

Code postal

Ville

Téléphone

Portable

Adresse mail

Qui détient l'autorité parentale ?

père

mère

les deux

autre

Si autre : précisez le nom et les coordonnées de la personne ou de l'organisme ayant l'autorité parentale

Nom/Prénom

Organisme

Adresse (n°, rue, bâtiment)

Code postal

Ville

Téléphone

Portable

Mesure de protection juridique (pour les majeurs)

Aucune mesure

Demande en cours

Tutelle

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Sauvergarde de justice

Nom/Prénom

Organisme

Adresse (n°, rue, bâtiment, appt)

Code postal

Ville

Téléphone

Portable

Adresse Mail

Autre(s) mesure(s)

Précisez

Si vous êtes en accueil familial : remplir ci-dessous

Coordonnées de l'accueillant familial

Nom

Prénom

Adresse (n°,
rue, bâtiment,
appartement)

Code postal

Ville

Téléphone

Portable

Adresse Mail

Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement ou accompagné par un service : remplir ci-dessous

Vous êtes actuellement hébergé(e) :

Depuis le

en établissement ou service médico-social

en structure hospitalière

autre - Préciser

Coordonnées de l'établissement ou du service

Nom de l'établissement
ou du service

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Adresse Mail

Mode de prise en charge /
type d'accompagnement

Accueil de jour

Internat

Accompagnement

Autre

Précisions

Si sortie d'établissement ou du service

Date de sortie

Raison de la sortie

Commentaires

Autres renseignements administratifs

Prestations familiales

Numéro d'allocataire

Nom de l'organisme

Carte de séjour / Autorisation de travail (pour demande ESAT)

Date de validité

Délivré par

Le

Suivi social

Suivi par un service social

OUI

NON

Si OUI : Nom du service

Nom de la personne chargée du suivi

Commentaire

B - CONTEXTE DE LA DEMANDE

Cette demande est rédigée par :
(si différente de la personne concernée par la demande)

Nom

Prénom

Lien avec la personne
concernée par la demande

Adresse (rue, bâtiment,
appartement)

Téléphone

Portable

Adresse Mail

MODALITE(S) D'ACCUEIL SOLLICITEE(S) : cocher la/les case(s)

Accueil de jour

Hébergement permanent

Hébergement temporaire

Service d'accompagnement

Autre - préciser

Cette demande est liée à

- Un changement d'orientation lié à l'évolution de la situation du handicap
- La poursuite du parcours de vie liée à l'âge
- Des difficultés liées au maintien à domicile : préciser ci-dessous

Autre - préciser

Décision(s) de la CDAPH : joindre la/les notification(s)

Orientation(s)
CDAPH

Date(s) de décision

Date(s) d'effet de la décision

C - PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

Parcours scolaire

- Scolarisation en milieu ordinaire
- Ecole maternelle
- Ecole élémentaire
- Collège
- Lycée
- Enseignement technique ou professionnel (CAP, BEP, Bac Pro...)
- Université ou études supérieures
- Scolarisé(e) en établissement médico-social (IME, IMPRO, ITEP...)
- Accompagnement des élèves en situation de handicap (AESH - ex AVS/AVSI)
- Jamais scolarisé(e)
- Classe ordinaire
- Classe ordinaire
- Classe ordinaire
- ULIS (ex CLIS)
- ULIS (ex UPI)
- ULIS (ex UPI)

Précisions

Parcours professionnel

- Formation professionnelle et/ou stage suivi
- Travail dans une entreprise adaptée ou un ESAT
- Sans formation professionnelle
- N'a jamais travaillé ou ne travaille plus

Autre

Précisions

D - VOLET AUTONOMIE DANS LA VIE QUODITIENNE

Ces renseignements permettent d'apprécier la capacité de la personne en situation de handicap à réaliser seule ou avec une aide les activités de la vie quotidienne (cocher une case par ligne)

Entretien personnel	Réalisée seule	Avec une aide partielle	Ne fait pas
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre soin des parties de son corps et de son apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller et se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec autrui	Pas de difficulté	Difficulté moyenne	Ne fait pas
Communiquer, mener une conversation ou une discussion, être cohérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser des appareils et techniques de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une relation avec d'autres personnes dans le respect et l'estime de l'autre : maîtrise de ses émotions et ses pulsions ou son agressivité verbale et physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité	Réalisée seule	Avec une aide partielle	Ne fait pas
Changer et maintenir la position du corps (se mettre et rester debout, rester assis, changer de points d'appui...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter, déplacer et manipuler des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher et se déplacer dans le logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher et 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"/>
Prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	Pas de difficulté	Difficulté moyenne	Ne fait pas
S'orienter dans le temps et dans l'espace : relation avec soi-même, les autres, le temps et son environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des décisions et des initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son stress : ne pas se mettre en danger et ne pas mettre les autres en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E - VOLET PARTICIPATION SOCIALE (cocher une case par ligne)

	Pas de difficulté	Difficulté moyenne	Ne fait pas
Vivre dans un logement			
Acquérir un logement, vivre seul et faire les démarches nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accomplir les activités domestiques : acheter des produits et services (nourriture, vêtements...), faire ses tâches ménagères (préparer ses repas, faire le ménage, entretenir son linge...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insertion sociale et professionnelle (enfants et adultes)			
Participer à la vie scolaire et étudiante : accès à la scolarisation en maternelle, primaire, secondaire, aux études supérieures ou à la formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accéder à l'emploi : suivre un apprentissage, obtenir et garder un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accéder aux apprentissages élémentaires (lire, écrire, calculer, acquérir un savoir-faire...) et appliquer des connaissances (fixer son attention, mémoriser, résoudre des problèmes, respecter les règles sociales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'occuper de sa famille, gérer sa parentalité et sa vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une relation d'entre-aide avec ses semblables et savoir s'occuper des autres (membres de sa famille ou autres personnes proches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie sociale et déplacement avec un moyen de transport (enfants et adultes)			
Participer à la vie sociale : loisirs, activités sportives, vacances et relations amicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire un véhicule particulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressources et autosuffisance économique (adultes uniquement)			
Accéder à des ressources économiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget, son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F - VOLET PRISE EN CHARGE

A remplir par la personne concernée par la demande, la famille ou le tuteur
Ces renseignements seront transmis aux personnels administratifs, éducatifs ou médicaux

Régime alimentaire/hydratation		Précisions				
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire : préciser	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Compléments alimentaires (vitamines...)	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Texture modifiée	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> hachée	<input type="checkbox"/> mixée	<input type="checkbox"/> moulinée		
<input type="checkbox"/> Moyens d'hydratation spécifique	<input type="checkbox"/> pipette	<input type="checkbox"/> paille	<input type="checkbox"/> liquide	<input type="checkbox"/> gélifiée		
<input type="checkbox"/> Risque de fausse route	<input type="checkbox"/> alimentaire	<input type="checkbox"/> liquide				
Elimination		Précisions				
<input type="checkbox"/> Problème d'élimination fécale	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Problème d'élimination urinaire	<input type="text"/>					
Allergies / intolérances		Précisions				
<input type="checkbox"/> Allergies : Préciser	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Intolérances : Préciser	<input type="text"/>					
Autres informations		Précisions				
<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Besoin de faire la sieste	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Conduite à risque (tabac, alcool, écrans...)	<input type="text"/>					
Troubles du comportement : <input type="checkbox"/> fugues, auto-agressivité, agression sur autrui...	<input type="text"/>					
Attitudes particulière pour <input type="checkbox"/> exprimer un état douloureux (mimiques, pleurs, cris...)	<input type="text"/>					
Petits moyens pour aider à <input type="checkbox"/> soulager la douleur et/ou gestes ou attitudes à éviter	<input type="text"/>					

Prise en charge et soins**Précisions****Prise en charge en matière de santé physique et psychique**

Capacité à prendre soin de sa santé et de soi-même : assurer ou exprimer des besoins quant à son confort physique, sa santé, son bien-être physique et mental

OUI OUI

Précisez

Consultations médicales régulières (médecin généraliste et spécialiste)

Soins bucco-dentaires

Soins infirmiers

Auxiliaire de vie/aide-soignant

Psychologue/psychothérapeute

Traitement médical régulier
Si OUI prise du traitement seul
 OUI NON

Contraception - si OUI préciser

Autre - Préciser

Prise en charge en matière de rééducation et réadaptation fonctionnelle

Masseur-kinésithérapeute

Rééducation

Pédicure/podologue

Ergothérapeute

Psychomotricien

Ortophoniste

Orthoptiste

Audioprothésiste

Prise en charge en matière de rééducation et réadaptation fonctionnelle

Prothésiste/orthésiste

Diététicien

Orthoprothésiste

Autre(s) prise(s) en charge

Appareillage

Précisions

Canne(s)

Déambulateur

Fauteuil roulant

manuel électrique

Lit médicalisé

Appareil auditif

Outil(s) de communication

Prothèse ou orthèse

Chaise garde-robe (percée)

Stomie digestive

Alimentation par gastro

Trachéotomie

Appareil de ventilation

Autre(s) appareillage(s)
(lunettes, etc...)

G - VOLET MEDICAL : à mettre sous pli confidentiel

Ces renseignements seront transmis aux personnels médicaux du service ou de l'établissement
A remplir par la personne concernée par la demande, la famille ou le tuteur

Problème de santé à l'origine du handicap

Problèmes de santé
à l'origine du
handicap

Diagnostic

Origine du problème de santé principal

Accident

Liée à la naissance

Autre

Maladie évolutive

Maladie non évolutive

Autres problèmes

Epilepsie

Précisions

OUI

NON

Si OUI : préciser type

Et fréquence des
crises

Stabilisée OUI NON

Type de situation de handicap

cocher la/les case(s)

Précisions

Déficiences intellectuelles et cognitives

Si OUI, préciser retard mental

léger

moyen

sévère

profond

troubles cognitifs sans retard mental ou troubles des acquisitions
et des apprentissages

Déficiences du psychisme

Déficiences du langage
et de la parole

Déficiences auditives

Déficiences visuelles

Déficiences viscérales

Déficiences motrices

Autres déficiences

Antécédents

Antécédents médicaux

Préciser

Antécédents psychiatriques

Motif(s)

Service

Autres antécédents

Préciser

Hospitalisations

Pour des problèmes médicaux et/ou chirurgicaux

Motif(s)

Service

Hospitalisation sur le versant de la santé mentale (suivi psychiatrique)

Motif(s)

Service

Autres informations