 <p>Association parentale au service du handicap</p>	FORMULAIRE	FO-ADM-18-A
	Date de validation : 13/06/2023 Date de mise à jour : 07/06/2023	Date d'impression : 19/10/2023 15:26
	Formulaire d'inscription sur Liste d'attente IME/EEAP les Rochers	Page 1 sur 7

Dans le cadre de votre demande d'admission au sein d'une des structures d'accompagnement et d'accueil de l'ADAPEI Charente, merci de renseigner cette fiche. Ceci nous permettra d'avoir les informations nécessaires à la constitution de votre dossier d'inscription et nous permettra de vous offrir la solution la plus adaptée à vos besoins.

1. Administratif

Nom de naissance _____

Prénoms : _____

Date de naissance : ____/____/____

Sexe M F

Lieu de naissance : _____

N° SS : _ _ _ _ _

Renseignements administratifs Orientation CDAPH :

(Préciser les types d'établissements ou services : IME, SESSAD , ULIS...)

Numéro de dossier MDPH : _____

Date de Validité de la notification : ____/____/____

Domicile:

- Chez les deux parents : Oui Non

- Chez la mère : Oui Non

- Chez le père : Oui Non

- Dans une famille d'accueil : Oui Non


- Dans une structure médico-sociale en internat :

Oui, depuis quelle date : ____/____/____

Non

Autre : _____

Adresse du lieu de résidence de l'enfant :

 <p>Association parentale au service du handicap</p>	FORMULAIRE	FO-ADM-18-A
	Date de validation : 13/06/2023 Date de mise à jour : 07/06/2023	Date d'impression : 19/10/2023 15:26
	Formulaire d'inscription sur Liste d'attente IME/EEAP les Rochers	Page 2 sur 7

Coordonnées des représentants légaux *important pour les mails / téléphones et parents séparés*

Mère (Nom et Prénom) : _____

Téléphone : _____ Mail : _____ @ _____

Adresse: _____

Père (Nom et Prénom) : _____

Téléphone : _____ Mail : _____ @ _____

Adresse: _____

Autre (Nom et Prénom) : _____

Téléphone : _____ Mail : _____ @ _____

Adresse: _____

Mesure de protection / Suivi social : Oui Non

Nom et coordonnées du professionnel : _____

Téléphone : _____ Mail : _____ @ _____

Adresse: _____

Mesure de protection (AEMO, AED, MJIE, Placement, Autre...) : Oui Non


Si oui, laquelle ? _____

2. Situation actuelle

Prises en charge libérales : Oui Non

	Nom du professionnel	Modalités (1 fois/semaine...)
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychomotricien	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologue	_____	_____

Autres : _____

 <small>Association parentale au service du handicap</small>	FORMULAIRE	FO-ADM-18-A
	Date de validation : 13/06/2023 Date de mise à jour : 07/06/2023	Date d'impression : 19/10/2023 15:26
	Formulaire d'inscription sur Liste d'attente IME/EEAP les Rochers	Page 3 sur 7

Avez-vous contacté d'autres établissements pour une demande d'admission : Oui Non

Si oui, lequel/lesquels :

Accompagnement :

Accompagné par un service médico-social (Ex : SESSAD, PCPE...)

Lequel : _____

Accompagné par un établissement médico-social

Lequel : _____

Accompagné en secteur sanitaire (CAMPS, CMP, Hôpital de jour...)

Lequel : _____

Sans accueil ni accompagnement

Accompagné par des professionnels libéraux (ES...)

Lequel : _____

Autre, à préciser : _____

Scolarisation : Oui Non

Classe : _____

Etablissement d'accueil : _____

Modalités : (temps plein ? AVS ? Ulis ?)

3 . Renseignements sur la vie quotidienne

Alimentation

Intolérances alimentaires : Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles : _____

Allergies alimentaires : Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles : _____

Type de repas normal sans porc végétarien
 mixé mouliné alimentation parentérale

Sélectivités alimentaires : _____

Autonomie

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage 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 protections : Oui Non Jour Nuit

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	Difficultés moyennes	Ne fait pas (ou pas encore)
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


Si oui, lesquels ? _____

Stratégies d'apaisement habituelles en cas de comportement - problème :

A conscience du danger : Oui Non

Communication	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas (ou pas encore)
Orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PECS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makaton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités et intérêts


 <small>Association parentale au service du handicap</small>	FORMULAIRE	FO-ADM-18-A
	Date de validation : 13/06/2023 Date de mise à jour : 07/06/2023	Date d'impression : 19/10/2023 15:26
	Formulaire d'inscription sur Liste d'attente IME/EEAP les Rochers	Page 5 sur 7

Projet de vie de l'enfant (centres d'intérêts : ce qu'il aime, le motive /difficultés : ce qu'il n'aime pas, ce qu'il cherche à éviter, etc...) :

Journée type (en semaine) :

JOURNEE TYPE	LIEUX	ACTIVITES / INTERETS
MATIN		
APRES-MIDI		
SOIR		

Projet de vie de la famille (vos priorités/vos difficultés...) :

 Association parentale au service du handicap	FORMULAIRE	FO-ADM-18-A
	Date de validation : 13/06/2023 Date de mise à jour : 07/06/2023	Date d'impression : 19/10/2023 15:26
	Formulaire d'inscription sur Liste d'attente IME/EEAP les Rochers	Page 6 sur 7

3 . Suivi Médical

Merci de nous communiquer les pièces indispensables à la mise en place d'un potentiel accueil de qualité sous pli cacheté adressé au service médical de l'Etablissement

Diagnostic : _____

Traitement actuel : _____

Troubles du sommeil : Oui Non

Troubles alimentaires : Oui Non

Appareillage : Oui Non (lunettes, audio prothèses, orthèses...)

Si oui, lequel ? _____


Sensibilités particulières : Bruits / Odeurs / Lumières

Autre : _____

Médecins spécialistes consultés régulièrement : _____

Autre/commentaire :

Dossier Psychologique sous pli cacheté adressé au service médical de l'Etablissement

 Association parentale au service du handicap	FORMULAIRE	FO-ADM-18-A
	Date de validation : 13/06/2023 Date de mise à jour : 07/06/2023	Date d'impression : 19/10/2023 15:26
	Formulaire d'inscription sur Liste d'attente IME/EEAP les Rochers	Page 7 sur 7

4. Liste des pièces justificatives à joindre au dossier :

Obligatoire :

Notification d'orientation MDPH –

Souhaitées :

- Derniers Bilans (éducatif, scolaire, paramédical, etc...)
- Documents médicaux, diagnostic
- Bilan CRA
- GEVASCO, CR ESS

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné uniquement aux structures de l'ADAPEI Charente. Ces informations ont pour finalité le renseignement d'un dossier administratif de demande d'inscription sur liste d'attente au sein d'une structure de l'ADAPEI Charente. Elles font l'objet d'un traitement informatisé. Les destinataires des données sont les personnes participant au processus d'admission pour les établissements concernés par votre demande.

Conformément aux exigences du nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez contacter notre secrétariat à l'adresse suivante : ime.soyaux@adapei16.asso.fr OU au délégué à la protection des données de l'association : dpo@adapei16.asso.fr

Par la signature de ce document, vous acceptez que les informations renseignées dans ce formulaire soient traitées. Pour les demandeurs de moins de 15 ans la signature des représentants légaux est demandée.

Signature du demandeur et / ou représentant légal :

Date : ___/___/___