

DISPOSITIF INTEGRE THERAPEUTIQUE EDUCATIF PEDAGOGIQUE

DITEP

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

Vous souhaitez engager un processus d'admission au sein de notre DITEP pour votre enfant.

A ce titre, nous vous transmettons un dossier de renseignements à nous retourner complété.

Les informations recueillies sont nécessaires à l'étude de votre demande, elles nous permettront de prendre connaissance des spécificités de votre situation.

1. VOLET ADMINISTRATIF

▪ ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Civilité (*cocher la case correspondante*)

Madame

Monsieur

NOM de naissance

Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _ _ _ _ _ _ _ _

Lieu de naissance Commune

Code postal _ _ _ _ _ _

Pays

▪ LIEU DE RESIDENCE

Domicile familial

Domicile de la mère

Domicile du père

Autre, à préciser

Adresse

Code postal _ _ _ _ _ _

Commune

▪ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° de sécurité sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° allocataire CAF _ _ _ _ _ _ _ _

N° de dossier MDPH _ _ _ _ _ _

Orientation de la CDAPH *préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et joindre une copie de la notification*

.....

.....

.....

Date de début de validité _ _ _ _ _ _ _ _

Date de fin de validité _ _ _ _ _ _ _ _

▪ **SITUATION FAMILIALE**

MERE

NOM

Prénom

Date de naissance

— — — — —

Adresse

.....

Code postal — — — — —

Commune

Profession

Portable

— — — — —

Domicile

— — — — —

Travail

— — — — —

E-mail @

Détenteur de l'autorité parentale OUI NON

PERE

NOM

Prénom

Date de naissance

— — — — —

Adresse

.....

Code postal — — — — —

Commune

Profession

Portable

— — — — —

Domicile

— — — — —

Travail

— — — — —

E-mail @

Détenteur de l'autorité parentale OUI NON

Situation du couple parental Marié Pacsé Union libre Divorcé Séparé

Nombre de frère(s) et sœur(s) — —

Observations diverses

.....

.....

.....

.....

.....

▪ **MESURE DE PREVENTION ET DE PROTECTION DES MINEURS**

Une mesure de prévention ou de protection est-elle en place ?

- OUI NON En cours d'évaluation Ne sais pas

Si « OUI », préciser

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AED (Action éducative à domicile) | <input type="checkbox"/> MJIE (Mesure judiciaire d'investigation éducative) |
| <input type="checkbox"/> AEMO (Action éducative en milieu ouvert) | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser |
| <input type="checkbox"/> Mesure de placement judiciaire | |
| <input type="checkbox"/> Mesure de placement administrative | |

Observations diverses

.....
.....
.....
.....

▪ **PERSONNE(S) A CONTACTER**

Liens (*parents, tuteurs, ...*)

Liens (*parents, tuteurs, ...*)

NOM

NOM

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

.....

.....

Code postal _ _ _ _ _

Code postal _ _ _ _ _

Commune

Commune

Téléphone

Téléphone

_ _ _ _ _

_ _ _ _ _

E-mail @

E-mail @

2. VOLET PARCOURS PERSONNEL

▪ SCOLARISATION

Enseignant référent pour la scolarisation des enfants handicapés (ERSEH)

NOM

Téléphone _ _ _ _ _

E-mail @

Scolarisation (au moment de la demande)

Scolarisé en milieu ordinaire

Temps de scolarité

Scolarisé en SEGPA

Temps plein

Temps partiel

Scolarisé en ULIS

Scolarité avec AVS

OUI NON

Scolarisé en établissement médico-social

Si « OUI », nombre d'heure/semaine

Rupture de scolarité

Etablissement scolaire

Maternelle

Primaire

Collège

Autre

Nom

Adresse

Code postal _ _ _ _ _

Commune

Téléphone _ _ _ _ _

E-mail @

Observations diverses

.....
.....
.....

▪ ACCOMPAGNEMENT(S)

Accompagnement(s) en cours (au moment de la demande)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans accueil ni accompagnement | <input type="checkbox"/> Hospitalisé en établissement sanitaire |
| <input type="checkbox"/> Accompagné par un service médico-social | <input type="checkbox"/> Accompagné par des professionnels libéraux |
| <input type="checkbox"/> Accompagné par un établissement médico-social | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser
..... |

Etablissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle

Nom

Adresse

Code postal _ _ _ _ _

Commune

Téléphone _ _ _ _ _

E-mail @

Date d'entrée dans la structure (JJ/MM/AAAA) _ _ _ _ _

▪ MEDICAL

Médecin traitant

Nom

Adresse

Code postal _ _ _ _ _

Commune

Téléphone _ _ _ _ _

E-mail @

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant OUI NON

Médecin(s) spécialiste(s)

NOM	NOM
Spécialité médicale	Spécialité médicale
Adresse	Adresse
Code postal — — — — —	Code postal — — — — —
Commune	Commune
Téléphone — — — — —	Téléphone — — — — —
E-mail @	E-mail @
<i>J'autorise la structure à contacter le(s) médecin(s) spécialiste(s)</i> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

PARCOURS DE VIE

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

▪ **PROJET DE VIE ET ATTENTES**

Décrivez, en quelques lignes, le projet de vie de votre enfant (centres d'intérêts, priorités, difficultés rencontrées,...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décrivez, en quelques lignes, vos attentes ainsi que celles de votre enfant, envers notre établissement et nos services d'accompagnement.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. VOLET AUTONOMIE

Comment décririez-vous votre enfant dans les situations suivantes ?

Soins corporels	Réalise seul	Réalise avec une aide partielle	Nécessite une aide totale
Hygiène corporelle			
Habillement et déshabillement			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger,...)			
Gérer son repos quotidien			

Exigence générale et relations avec autrui	Ne rencontre pas de difficultés	Rencontre des difficultés partielles	Rencontre de grandes difficultés	Ne fait pas
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Communiquer				
Comprendre des consignes simples				
Prendre des initiatives				
Gérer sa sécurité				
Respecter des règles de vie				
Etre en relation avec autrui				

Vie domestique et courante	Ne rencontre pas de difficultés	Rencontre des difficultés partielles	Rencontre de grandes difficultés	Ne fait pas
Gérer son traitement				
Préparer un repas				
Entretenir son linge				
Faire son ménage				
Utiliser les transports en commun				
Participer à des activités (sportives, culturelles,...)				

Comment décririez-vous les fonctions sensorielles de votre enfant ?

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Veillez indiquer les accompagnements/suivis de votre enfant ainsi que leur fréquence.

Accompagnements / Suivis	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Psychologue					
Autre :					

Observations diverses

.....

.....

.....

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Date et Signature