



Dossier de Candidature

Pôle Enfants

Demande (s) :

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> IME Hébergement du lundi au vendredi | <input type="radio"/> SESSAD |
| <input type="radio"/> IME Hébergement 1 à 2 nuit(s) semaine | <input type="radio"/> Répit |
| <input type="radio"/> IME Accueil de Jour | |

NOM :	PRENOM :
Adresse :	
.....	
Code Postal :	Ville :
Date de Naissance : / /	Lieu de Naissance:
Pathologies et handicaps :	

REPRESENTANT LEGAL	
NOM DU REPRESENTANT LEGAL :	
Adresse :	
.....	
Code Postal :	Ville :
N° de téléphone fixe : .../.../.../.../...	Portable : .../.../.../.../...
Adresse mail :	
Date du jugement si tutelle :	

COUVERTURE SOCIALE

Assurance Maladie Obligatoire :

Assuré : Nom : Prénom :

N° de Sécurité Sociale :

Nom de l'Organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Droits Ouvert du :/...../..... Au/...../.....

Droits CSS Oui Non Si oui du :/...../..... Au/...../.....

Médecin traitant déclaré :

Assurance Complémentaire :

Assuré : Nom : Prénom :

Nom de l'Organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Droits Ouvert du :/...../..... Au/...../.....

(adresser à l'établissement le renouvellement avant la date de fin de couverture)

N° Adhérent :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

N° de Police d'assurance :

Nom de la Compagnie :

Adresse :

Code postal : Ville :

Couverture du :/...../..... Au/...../.....

(adresser à l'établissement le renouvellement avant la date de fin de couverture)

ORIENTATION MDPH

M.D.P.H du (département)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Notification d'orientation IME SESSAD Autres

Etablissement :

Date de début :/...../..... Date de fin :/...../.....

Carte Mobilité Inclusion (CMI) : Oui Non Si oui N° de Carte :

Date de début :/...../..... Date de fin :/...../.....

Date et Signature du représentant légal :

Documents à fournir

- Photocopie de la carte d'identité en cours de validité (recto/verso)
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de l'attestation CPAM en cours de validité
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle en cours de validité s'il y a
- Photocopie du jugement de tutelle s'il y a
- Photocopie notification MDPH orientation en cours de validité
- Attestation responsabilité civile en cours de validité
- Photocopie Carte Mobilité Inclusion (CMI)
- Photocopie des ordonnances en cours
- Bilans/évaluations/diagnostic

COMMUNICATION

EXPRESSIVE

RECEPTIVE

COGNITION

MEMOIRE

RAISONNEMENT

CAPACITES
D'APPRENTISSAGE

REPERAGE
SPATIO-
TEMPOREL

INTERACTIONS SOCIALES

AVEC LES PAIRS

AVEC LES
PROFESSIONNELS

AVEC LA FAMILLE

AVEC LES INCONNUS	
MOTRICITE	
MOTRICITE GLOBALE	
MOTRICITE FINE	
SENSORIALITE	
VUE	
OUÏE	
ODORAT	
TOUCHER	
GOUT	
VESTIBULAIRE	
PROPRIOCEPTIF	
AUTODETERMINATION	
CENTRES D'INTERETS	
CAPACITES A FAIRE DES CHOIX	
ACTIVITES	

VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE	
AUTOCENTREE	
ENVERS AUTRUI	
EMOTIONS ET COMPORTEMENTS	
REPERE ET COMPREHENSION DES EMOTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Emotions propres : - Emotions d'autrui :
GESTION DES EMOTIONS	
REPERE ET GESTION DES COMPORTEMENTS PROBLEMES	
APPRENTISSAGES	
PLAN DE LECON	
PROTOCOLE	
GESTION DU TEMPS LIBRE	
AVEC LE COLLECTIF	
EN AUTONOMIE	

VIE QUOTIDIENNE de

PHOTO

LEVER	Aide apportée (aucune, totale, verbale, physique, miroir, picto...) : Vers quelle heure : Autonome : OUI / NON Appareillage (casque, fauteuil...) : Première action (wc, douche, habillage, petit déjeuner...) :													
TOILETTE	Aide apportée (aucune, totale, verbale, physique, miroir, picto...) : Autonome pour s'y rendre : OUI / NON Qui prépare les affaires et où (vêtements et nécessaire de toilette) : Douche ou bain : Rituels (déshabillage, toilette détaillée, rasage, brossage des dents,...) :													
CHANGE / MISE AUX WC	Aide apportée (aucune, totale, verbale, physique, miroir, picto...) : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">Changes</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">Mise aux WC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A quelles heures :</td> <td>A quelles heures :</td> </tr> <tr> <td>Type de protection :</td> <td>Prévient du besoin : OUI / NON</td> </tr> <tr> <td>Taille des protections :</td> <td>Besoin de sollicitation : OUI / NON</td> </tr> <tr> <td>Lingettes/gants :</td> <td>Autonome pour s'y rendre : OUI / NON</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autonome pour essuyage : OUI / NON</td> </tr> </tbody> </table>		Changes	Mise aux WC	A quelles heures :	A quelles heures :	Type de protection :	Prévient du besoin : OUI / NON	Taille des protections :	Besoin de sollicitation : OUI / NON	Lingettes/gants :	Autonome pour s'y rendre : OUI / NON		Autonome pour essuyage : OUI / NON
Changes	Mise aux WC													
A quelles heures :	A quelles heures :													
Type de protection :	Prévient du besoin : OUI / NON													
Taille des protections :	Besoin de sollicitation : OUI / NON													
Lingettes/gants :	Autonome pour s'y rendre : OUI / NON													
	Autonome pour essuyage : OUI / NON													
REPAS	<p>Petit déjeuner</p> Traitement (oui/non, quand et comment l'administrer) : Heure : Rituels/protocole : Habitudes alimentaires :													
Texture : Normale Hachée Mixée	<p>Déjeuner</p> Traitement (oui/non, quand et comment l'administrer) : Heure : Rituels/protocole : Habitudes alimentaires :													
Allergie(s) :	<p>Collation</p> Traitement (oui/non, quand et comment l'administrer) : Heure : Rituels/protocole : Habitudes alimentaires :													
Régime : Sans porc Sans poisson Végétarien	<p>Diner</p> Traitement (oui/non, quand et comment l'administrer) : Heure : Rituels/protocole : Habitudes alimentaires :													

Dossier Médical

Celui-ci doit être rempli par un médecin de préférence, traitant.

Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées avec des éléments médicaux récents.

Ce dossier doit être photocopié par vos soins et joint au reste de demande de candidature,

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 : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

1. Médecins de situation

Nom, prénom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Etat général actuel :

Poids : Taille : Régime :

Vaccination : Groupe sanguin : Rhésus :

Allergie
médicamenteuse :

Allergie
alimentaire :

Noms, prénoms, spécialités médicales, coordonnées des **médecins spécialistes** qui suivent la situation :
(Ex : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, endocrinologue, ophtalmologue...)

Noms, prénoms, coordonnées des **professionnels paramédicaux** qui suivent la situation :
(Ex : orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien...)

Antécédents médico-chirurgicaux notables :

2. Diagnostic principal (CIM 10)

Description de la pathologie du handicap :

2.1 Concernant les diagnostics d'autisme et autres TED (préciser CIM 10) :

- 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 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, Ecrire			
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 éventuel(s(es))