

DOSSIER de CANDIDATURE de :

NOM :

Prénom(s) :

Dossier établi le :

Vous déposez un dossier de candidature pour un (ou des) établissement(s)/service(s) :

- I.M.E. (*Institut Médico Educatif*)**
- S.E.S.S.A.D. (*Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile*)**
- P.C.P.E (*Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées*)**

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE CONCERNÉE

Photo

Vous êtes : Majeur Mineur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

Numéro de Sécurité Sociale :|.....|.....|.....|.....|.....|.....

Caisse de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

Nom du Médecin Traitant :

Bénéficiaire ALD (100%) : Oui Non

NOTIFICATIONS M.D.P.H EN COURS

Établissements et Services	
<input type="checkbox"/>	IME
<input type="checkbox"/>	S.E.S.S.A.D.
<input type="checkbox"/>	P.C.P.E

Allocations et Prestations Financières	
<input type="checkbox"/>	A.E.E.H
<input type="checkbox"/>	Complément A.E.E.H
<input type="checkbox"/>	P.C.H. Aide Humaine
<input type="checkbox"/>	A.A.H
<input type="checkbox"/>	Complément A.A.H
<input type="checkbox"/>	PCH Transport
<input type="checkbox"/>	PCH Matériel Adapté

Aménagements à la scolarité	
<input type="checkbox"/>	Aide Humaine Individuelle
<input type="checkbox"/>	Aide Humaine Mutualisée
<input type="checkbox"/>	Ordinateur
<input type="checkbox"/>	Aménagement des examens
<input type="checkbox"/>	Transport adapté
<input type="checkbox"/>	Orientation ULIS
<input type="checkbox"/>	Orientation SEGPA

Aménagements professionnels	
<input type="checkbox"/>	R.Q.T.H.
<input type="checkbox"/>	CFAS

Carte Mobilité Inclusion	
<input type="checkbox"/>	Mention Stationnement
<input type="checkbox"/>	Mention Priorité
<input type="checkbox"/>	Mention Invalidité

VOTRE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE (pour les majeurs)

Bénéficiez-vous d'une mesure de Protection Juridique ? Oui Non

Si oui laquelle ?

.....

Le Représentant Légal :

NOM : **Prénom :**

Organisme :

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... **N° de portable :**/...../...../...../.....

Email :

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE FAMILLE

PARENT 1 :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... **N° de portable :**/...../...../...../.....

Email :

Situation familiale : Marié Divorcé Célibataire Veuf Séparé

Autre (précisez) :

Situation professionnelle :

PARENT 2 :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... **N° de portable :**/...../...../...../.....

Email :

Situation familiale : Marié Divorcé Célibataire Veuf Séparé

Autre (précisez) :

Situation professionnelle :

POUR LES MINEURS :

a) Autorité parentale :

Précisez qui détient l'autorité parentale : Parent 1 Parent 2 Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou de l'organisme :

NOM : **Prénom** :

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... **N° de portable** :/...../...../...../.....

Email :

b) Service :

Si votre famille est accompagnée par l'Aide Sociale à l'Enfance, ou par un service Educatif à Domicile (C.P.E.A.G.L., S.E.A.D., ...), précisez le nom de l'organisme et de la personne qui vous accompagnent et leurs coordonnées :

.....

.....

FRATRIE :

NOM : **Prénom** :

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

Situation (scolaire, travail, famille) :

.....

NOM : **Prénom** :

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

Situation (scolaire, travail, famille) :

.....

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

Situation (scolaire, travail, famille) :

.....

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

Situation (scolaire, travail, famille) :

.....



SITUATION DE LA PERSONNE

PARCOURS :

SCOLARITÉ		
Années	Etablissements scolaires	Classe <i>(Préciser si dispositif ULIS / AESH individuelle ou mutualisée)</i>

Certificats / Diplômes obtenus :

ACCOMPAGNEMENTS PRECEDENTS			
Etablissements et services médico-sociaux et sanitaires	Nom de l'établissement	Type d'accompagnement et fréquence	Années
CAMSP			
Service de psychiatrie <i>(CMP, Hôpital de Jour, Unité de Soins pour Adolescents)</i>			
SESSAD			
IME <i>(Préciser Accueil de Jour ou internat)</i>			
Autres			

Professionnels libéraux	Nom du professionnel	Type d'accompagnement et fréquence	Années

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SITUATION ACTUELLE :

Emploi du temps actuel du jeune (préciser les temps de scolarité, la présence de l'AESH sur les temps de scolarité, les temps de présence sur le dispositif ULIS, en établissements et services médico-sociaux et/ou sanitaires et les prises en charge libérales) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOS ATTENTES :

Quelles sont vos attentes par rapport au Dispositif Education et Formation Inclusives (EFI) ?

A large rectangular area with a black border, containing 20 horizontal dotted lines for writing.

A remplir uniquement pour les candidatures avec un projet pré-professionnel ou professionnel

PARCOURS DE FORMATION

STAGES EFFECTUÉS / EXPERIENCES PROFESSIONNELLES :

Dates	Tâches réalisées	Nom et adresse des établissements/entreprises

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



MOBILITÉ

- **ASSR 1 :** oui non en cours
- **ASSR 2 :** oui non en cours
- **Permis AM (BSR) :** oui non en cours
- **Code de la route :** oui non en cours
- **Permis de conduire :** oui non en cours
- **Véhicule personnel :** oui non

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Bilans médicaux (compte-rendu du médecin traitant et/ou du psychiatre ou de spécialistes)
- Bilans paramédicaux (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, ...)
- Compte-rendu d'évaluation : WISC, WAIS, TTAP, PEP3, Vineland, ...
- Bilans éducatifs
- Bilans scolaires et/ou de périodes de stage réalisées dans le cadre scolaire
- Notification MDPH en cours de validité