



Dossier de 1^{er} contact auprès des établissements et services pour personnes en situation de handicap

Le dossier de 1^{er} contact auprès des établissements et services pour personnes en situation de handicap vise à simplifier les démarches, au sens où il vous est dorénavant demandé une information unique quel que soit l'établissement ou le service que vous sollicitez.

Nous attirons votre attention sur le fait que son dépôt ne vaut pas admission.

L'établissement ou service sollicité s'engage, à réception du dossier de 1^{er} contact, à vous envoyer un dossier d'admission.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible.

1. Identification de l'utilisateur (enfant, adulte)

N° MDPH: _____

Nom de naissance _____

Nom d'épouse ou d'usage _____

Prénom _____

Sexe Masculin FémininSituation matrimoniale : Célibataire Marié Pacsé Concubinage Divorcé Veuf

Nombre d'enfants (année de naissance de chaque enfant) _____

Nationalité _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

Lieu de naissance Commune _____ Code postal _____

Pays _____

Numéro de sécurité sociale _____

Orientation(s) MDPH (joindre une copie de la notification) : _____

Vous vivez actuellement :

 Dans un logement indépendant Dans un établissement médico-social ou de soins Autre _____Vous êtes hébergé au domicile : de vos parents d'un ami de vos enfants d'un autre membre de votre famille d'une famille d'accueil

Adresse actuelle (pour les mineurs : parent 1) :

Numéro : _____ Rue : _____

Complément d'adresse _____

Commune _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Adresse actuelle (pour les mineurs : parent 2) :

Numéro : _____ Rue : _____

Complément d'adresse _____

Commune _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

2. Mesures de protection / Représentant légal

Autorité parentale : Parent 1 : _____ Parent 2 : _____

Mesure de protection juridique des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de protection est-elle en place ? Oui Non

Si « Oui », s'agit-il d'une :

- AED (Mesure d'Action Educative à Domicile) IOE le cas échéant (Mesure d'Investigation et d'Orientation Educative)
- AEMO (Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert) CJM (Contrat Jeune Majeur)
- Mesure de placement (à préciser : MECS, tiers de confiance, famille d'accueil) :

Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? Oui Non En cours

Si « Oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une :

- Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
- Habilitation familiale

En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale.

3. Personne à contacter

Lien (parent, tuteur,) : _____

Nom Prénom : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Lien (parent, tuteur,) : _____

Nom Prénom : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Médecin généraliste : _____

Téléphone : _____

4. Accompagnement

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (plusieurs réponses possibles) :

- Scolarisé en milieu ordinaire _____
- Scolarisé en établissement médico-social _____
- Formation professionnelle _____
- Accompagné par un service (SESSAD, CAMSP ? CMPP, ...) _____
- Accompagné par un établissement médico-social _____
- Hospitalisé en établissement sanitaire (hospitalisation de jour, CMP, CATT) _____
- Sans aucune prise en charge
- Autre, à préciser :

Situation professionnelle pour les majeurs (plusieurs réponses possibles) :

- Exerce une activité professionnelle
- En recherche d'emploi
- En formation professionnelle _____
- Sans activité professionnelle
- Si "exerce une activité professionnelle" ou "en formation", commune dans laquelle l'activité est exercée : _____

6. Structures fréquentées

- **Scolarité / formation**

Nom de l'établissement scolaire ou du centre de formation fréquenté à l'heure actuelle :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Scolarité ou formation actuellement suivie :

Scolarité suivie :

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation (MM/AAAA) _____

A temps plein

A temps partiel : heures par semaine

Nom de l'enseignant référent pour la scolarisation des personnes handicapées (ERSEH) :

- **Etablissement / service**

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Établissement fréquenté :

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation (MM/AAAA) _____

A temps plein

A temps partiel : heures par semaine

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté éventuellement à l'heure actuelle (n°2) :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Établissement fréquenté : _____

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : _____

A temps plein A temps partiel : heures par semaine

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté éventuellement à l'heure actuelle (n°3) :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Établissement fréquenté : _____

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : _____

A temps plein A temps partiel : heures par semaine

7. Projet (attentes)

8. Modalités d'accueil sollicitées

Enfants

- Semi- internat
- Internat
- Service d'aide
- Internat séquentiel

Adultes

- Hébergement temporaire
- Hébergement permanent
- Accueil de jour
- SAMSAH

Signature du demandeur ou son représentant légal