

# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social



12693\*01

## 1 – Identification de la demande

- Prise en charge médico-sociale
- Orientation scolaire
- Maintien en établissement pour enfants pour un jeune de + de 20 ans - Amendement CRETON
- AVS (auxiliaire de vie scolaire)
- AVU (auxiliaire de vie universitaire)
- Matériel pédagogique adapté
- Aménagement d'examen ou concours

Précisez l'examen ou le concours : \_\_\_\_\_

- Aménagement de scolarité (dispense de 2<sup>ème</sup> langue vivante...)
- Transport scolaire
- Autre demande \_\_\_\_\_

Première demande

Ré-examen

Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, précisez le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

## 2 – Identifiez l'enfant ou le jeune concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) :

## 3 – Précisez votre demande (facultatif)

En cas d'orientation scolaire ou de prise en charge médico-sociale, précisez quel(s) type(s) d'établissement(s) ou de service (*possibilité de cocher plusieurs cases*)

- Classe ordinaire
- CLIS - Classes d'Intégration Scolaire
- UPI - Unité Pédagogique d'Intégration
- Service médico-social  
(SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS ...)

Préciser le régime :

- Établissement médico-social  
(IME, ITEP, IEM, IES...)

- en internat complet
- en internat de semaine
- en semi-internat ou externat
- en accueil temporaire
- accompagnement par un service  
(SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS ...)

Avez-vous une préférence pour un établissement, précisez l'adresse :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_



## Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

► **Votre enfant bénéficie-t-il d'autres types d'accompagnement ?** (exemple CMP, CMPP, CAMSP, libéral...)

OUI     NON

**Précisez le nom et l'adresse de ce(s) professionnel(s) ou de cet(s) établissement(s) :**

**a•Nom :** \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :           Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :                      Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**b•Nom :** \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :           Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :                      Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**c•Nom :** \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :           Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :                      Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**d•Nom :** \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :           Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :                      Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_



## Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

### 7 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois

**Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen\* :**

Photocopie lisible :  de la carte nationale d'identité  
 *ou* du livret de famille  
 *ou* du passeport  
 *ou* un extrait d'acte de naissance

**Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen\* :**

Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

**Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**

Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice

Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

\* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.