



Dispositif FaciliTED – Association ASRL

10 bis Avenue Gustave Delory 59100 Roubaix

Dossier de demande d'inscription sur la liste administrative

Institut Médico Educatif – ROUBAIX

Date de la demande :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Ville de naissance : Nationalité :

Adresse :

.....

N° dossier MDPH (si connu) :

N° identifiant social (si connu) :

N° de sécurité social :

1. Renseignements administratifs

Situation Familiale :

Mère :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Tél. fixe : Tél. Portable :

Mail :

Père :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Tél. fixe : Tél. Portable :

Mail :

Vous êtes ? Mariés Séparés Divorcés Pacsés

En cas de séparation :

Résidence de l'enfant :

Modalités de garde :

Fratrerie :

Nom/Prénom des frères et sœurs	Date de naissance	Situation scolaire / professionnelle

2. Profil de l'enfant

Est-ce qu'un diagnostic a été posé ? oui non

Si oui, lequel ? Par qui ? Quand ? (joindre au dossier un courrier médical, dernier certificat médical de la MDPH et/ou le diagnostic)

.....
.....

Quel mode de communication utilise votre enfant ?

Verbal Images (Pictos/Images/Photos ...) Gestes Autre :

Support(s) de communication utilisé(s) : PECS Makaton Aucun

Est-ce que votre enfant présente des troubles du comportement ?

Auto agressif (se fait mal) hétéro agressif (fait du mal aux autres) pas de troubles

Dans quelle situation la plus fréquente ? (frustration, bruits, troubles sensoriels ...)

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

Avez-vous une notification MDPH d'orientation vers un IME ?

Oui (Joindre la notification recto-verso au dossier) Non

3. Situation actuelle

Domicile familial Etablissement médico-social Ecole Autre

└─┬─> Accueil de jour Internat

Nom de la structure :

Adresse :

Téléphone : mail :

Si votre enfant est scolarisé, est-il accompagné d'une AVS ? oui non

Si votre enfant est en établissement ou scolarisé merci de nous fournir **les derniers bilans**.

4. Parcours institutionnel

Nom et coordonnées de l'Établissement ou du Service médico-social ou service médical ou professionnel exerçant en libéral	Première année de prise en charge	Dernière année de prise en charge

5. Motivations de la demande

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

Avez-vous inscrit votre enfant dans d'autre(s) établissement(s) ? Si oui, le(s)quel(s)

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

Autres renseignements que vous souhaitez porter à notre connaissance

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