

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

A retourner à l'adresse suivante :
Institut Départemental Gustave Baguer – Direction
35, rue de Nanterre 92600 Asnières-sur-Seine

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT FAIRE UNE DEMANDE D'ORIENTATION DE VOTRE ENFANT VERS NOTRE ETABLISSEMENT AUPRES DE LA M.D.P.H. DE VOTRE DOMICILE (FORMULAIRE TELECHARGEABLE SUR LE SITE DE L'INSTITUT) ET NOUS REMETTRE L'ATTESTATION CI-JOINTE POUR QUE LA M.D.P.H. PUISSE NOUS COMMUNIQUER LE DOSSIER.

NOM et PRENOM de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F / M Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

SECTION SOUHAITEE

(cocher la/les case(s) correspondant au choix)

DEPARTEMENT TROUBLES SPECIFIQUES du LANGAGE (TSL)

- SEES** (Section d'Education et d'Enseignement Spécialisée / 6-10 ans)
- SESSAD** (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile / 3-20 ans)

DEPARTEMENT SURDITE

- SAFEP** (Service d'Accompagnement Familial à l'Education Précoce / 0-3 ans)
- SSEFS** (Service de Soutien à l'Education Familiale et Scolaire / 3-20 ans)
- SEES** (Section d'Education et d'Enseignement Spécialisée / maternelle – élémentaire – secondaire)
- Formation Professionnelle** (15-20 ans)
 - CAP Pâtisserie
 - CAP ATMFC (Assistant Technique en Milieux Familial et Collectif)
- SEDAHA** (Section d'Education pour Déficients Auditifs Avec Handicap Associés / 3-20 ans)

- INTERNAT** (à partir de 12 ans) **DEMI-PENSION**

Moyen de communication :

- LSF
- Français oral
- Autre :

Situation familiale des parents :

- Mariés
- Vivant maritalement
- Séparés / divorcés
- Autre, préciser :

Qui a la garde de l'enfant ?

- Parents Père
- Mère Tuteur
- Autre (préciser le lien avec l'enfant)

Qui a l'autorité parentale ?

- Parents Père
- Mère Tuteur
- Autre (préciser le lien avec l'enfant)

Nom et prénom du parent : père / oncle / tuteur / autre (entourer la bonne réponse)

.....

Adresse (si différente de l'enfant) :

Tél. domicile : Mail :

Tél mobile : Profession :

Nom et prénom du parent : mère / tante / tutrice / autre (entourer la bonne réponse)

.....

Adresse (si différente de l'enfant) :

Tél. domicile : Mail :

Tél mobile : Profession :

Numéro de sécurité sociale :
(sous lequel l'enfant est pris en charge)

Adresse du centre de sécurité sociale :

Numéro d'allocataire (CAF) le cas échéant :

FRERES et SŒURS

| Nom | Prénom | Date de naissance | Scolarité (Etablissement et classe) | Sourd | Entendant |
|-----|--------|-------------------|--|-------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SCOLARITE ET PRISES EN CHARGE ANTERIEURES

| | CLASSES | ANNEES ET ETABLISSEMENT |
|--------------------|---------|-------------------------|
| MATERNELLE | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ELEMENTAIRE | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| COLLEGE | | |
| | | |
| | | |

Médecin référent :

APPAREILLAGE DE LA SURDITE

Implant : Droit n° Date : Gauche n° Date :

Marque : Marque :

Contour : Droit n° Date : Gauche n° Date :

Marque : Marque :

NOUS POUVONS ETRE AMENES A VOUS DEMANDER UN COMPLEMENT DE DOSSIER ULTERIEUREMENT

Fait à, le

Signature des parents (ou représentants légaux) :

ATTESTATION

Nous, soussignés, (*Noms-prénoms*).....

Responsables légaux de l'enfant (*Noms-prénoms*).....

Autorisons la M.D.P.H. à envoyer le dossier de notre enfant à l'Institut Départemental Gustave Baguer, en vue d'une éventuelle admission.

Fait à, le.....

Signature

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- 2 photos récentes de l'enfant
- Notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)
- Photocopie de l'intégralité du livret de famille
- Copie des trois derniers bulletins scolaires
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale à jour (où figure l'enfant)
- Photocopie du carnet de vaccination à jour
- Photocopie de la carte d'invalidité, le cas échéant
- Photocopie de la carte famille nombreuse, le cas échéant
- Attestation responsabilité civile (cf assurance habitation)
- Les bilans médicaux ci-après :
 - Compte-rendu ORL
 - Dernier audiogramme
 - Bilan orthophonique
 - Bilan visuel (champ + acuité)
 - Bilan et compte-rendu neuro-pédiatrique (pour les TSL)
 - Bilan psychométrique (Weschler) rédigé par un psychologue clinicien