



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

SESSAD DU HAUT VAR

SESSAD DU HAUT VAR - Z.A. La BAUME – 83690 SALERNES

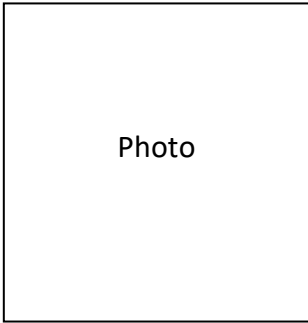
04.94.70.37.91 – contact@sessad-salernes.com

Établissements Publics Médico Sociaux du Haut Var

Les réponses aux questions qui suivent sont importantes pour la suite à donner à votre demande. Nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce dossier dans les meilleurs délais, accompagné des pièces demandées.

Après étude, nous vous informerons de notre position quant à la suite que nous réserverons à votre demande.

En tout état de cause, une suite ne pourra avoir lieu qu'en possession de l'ensemble des pièces administratives à fournir au préalable.



NOM :

Prénom :

I - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION ADMINISTRATIVE

1.1. Etat civil

Adresse personnelle :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

E-Mail :

N° de sécurité sociale :

Centre de paiement des prestations :

Né(e)le :

A :

Nationalité :

Adresse des parents/responsable légal :

.....

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

E-Mail :

Nombre de frères et sœurs :

1.2. Indiquez le contexte et les raisons de la demande d'admission :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.3. Bénéficiez-vous déjà d'un accompagnement spécialisé ?

Si oui lequel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.4. Situation actuelle du jeune :

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté:

.....

.....

.....

Classe :

.....

II - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION SOCIALE



2.1. Renseignements sociaux

Sécurité sociale :

Adresse CPAM :

N° SS :

Assurances diverses :

Nom et adresse :

N° de sociétaire, d'affilié :

MDPH :

Adresse de la CDAPH :

Téléphone : Fax :

Notification d'orientation – dossier n° :

Date de décision : Date d'expiration :

Décision d'orientation vers :

III - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION SCOLAIRE

3.1. Parcours scolaire et de formation

Période	Établissement fréquenté	Classe

3.2. Stages en entreprise

Dates	Activités réalisées	Lieu de stage

3.3. Loisirs/centres d'intérêt

.....

.....

.....

IV - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



4.1. Nom et coordonnées du médecin traitant :

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

4.2. Nom, Spécialités et coordonnées des spécialistes suivant habituellement le jeune : (psychiatre, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute....)

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

4.3. Antécédents médicaux

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

4.4. Traitements en cours

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

	oui	non	Précisions
Difficultés motrices			
Troubles d'origine psychologique Suivi régulier (CMPP, psychologue,...)			
Allergies			
Régime alimentaire			
Troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration			
Troubles des représentations spatio-temporelles			
Troubles neuromoteurs : tremblements, déséquilibre,...			
Contre-indications à certaines activités (stages, sports,...)			

V – EVALUATION DE L'AUTONOMIE



Actes de la vie quotidienne	Oui	Non	Commentaires
Gestion des horaires : lever/coucher seul			
Gestion de l'hygiène personnelle (toilette, tenue adaptée,...)			
Organisation et gestion du cadre de vie (cuisine, vaisselle, rangement, entretien des locaux et du linge)			
Déplacements à pieds			
Déplacements en transports en commun			
Reconnaissance des pièces et des billets			
Gestion d'un petit budget			

VI - AUTORISATION DE SORTIES ET DE DEPLACEMENTS EN AUTONOMIE

Année :

Je soussigné :

Tél :

Représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Autorise par la présente :

Les sorties du SESSAD afin de travailler l'autonomie.

(Accompagné(e) dans un premier temps, puis seul(e))

OUI

NON

Ces déplacements auront lieu sur la commune de Salernes et dans la commune d'habitation ou de scolarisation du jeune (à pied ou en transports en commun).

À être transporté dans les véhicules du SESSAD par les professionnels si besoin.

OUI

NON

VII - AUTORISATION DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION

Le SESSAD du Haut Var conduit une politique de communication envers différents partenaires (autres Établissements, familles...) comme les plaquettes de présentation du Sessad, le livret d'accueil, articles de journaux, site internet.....

Afin de respecter le droit à l'image, l'autorisation de l'apprenti(e) majeur ou/et du représentant légal est sollicitée pour la diffusion de supports visuels, auditifs et écrits le concernant.

Il convient de préciser que les photographies qui pourront être diffusées seront des photographies de groupe et que l'anonymat sera garanti.

Donne mon accord pour la diffusion de supports visuels, auditifs et écrits me concernant.

Ne donne pas mon accord pour la diffusion de supports visuels, auditifs et écrits me concernant.

VII – DOCUMENTS À FOURNIR

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS indispensables à l'admission

	Photocopie orientation M.D.P.H. en cours de validité
	Le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la M.D.P.H.
	Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité de la personne handicapée
	Photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou MSA) qui couvre la personne handicapée
	1 photographie d'identité récente
	Photocopie du livret de famille complet
	Attestation d'assurance scolaire/responsabilité civile
	Emploi du temps scolaire

DOCUMENTS LIES A L'ACCOMPAGNEMENT

	Copie du projet personnalisé de scolarité
	Grilles d'évaluations des compétences
	Bilans de Stages professionnels
	Bilan psychologique

Dossier complété par (compléter la ou les cases qui conviennent) :

Candidat	Famille ou représentant légal	Professionnel
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Lien de parenté :	Fonction :
	Signature :	Établissement :