

IME ROSETTE-REGAIN

IMP, IMPro
IMES, AFS
Allée Françoise DOLTO
24112 BERGERAC

UEM
École Pauline Kergomard
6 rue du Dr Simounet
24112 BERGERAC

Tel : 05 53 74 53 00

Fax : 05 53 61 28 96

rosette@pb24.fr



LES PAPILLONS BLANCS DE BERGERAC

DOSSIER D'ADMISSION IME / UEM

Date d'admission souhaitée :

Dossier à remettre le :

Dossier remis le :

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

DESCRIPTIF	Pièce demandée	Pièce remise
Dans tous les cas		
Une photo d'identité (que vous pouvez envoyer par mail à l'adresse rosette@pb24.fr)		
Copie de la carte d'identité recto-verso		
Copie du livret de famille		
Copie du jugement de mesure de protection pour les majeurs (tutelle, curatelle...)		
Copie de la notification d'orientation MDPH vers l'IME ou l'UEM		
Copie de l'attestation sécurité sociale (si ayant droit, copie des documents de l'assuré)		
Copie de la carte de mutuelle		
Copie de l'attestation CAF/MSA avec le numéro d'allocataire indiqué		
Copie des autres notifications MDPH (AEEH...)		
Attestation de responsabilité civile de l'année en cours		
Dossier d'admission rempli et signé : <ul style="list-style-type: none"> - Administratif - Connaissance de la personne 		
Tous les documents des établissements et services antérieurs que vous souhaitez transmettre		
Sous pli confidentiel à destination du service médical		
Ordonnances en cours (traitements et régime)		
Copie du carnet de santé complet (toutes les pages qui comportent des écrits)		
Copie de l'attestation d'ALD		
Tous les comptes-rendus et bilans que vous souhaitez transmettre au service médical		
Dossier d'admission rempli et signé : <ul style="list-style-type: none"> - Dossier médical 		

DOSSIER ADMINISTRATIF

1 - PERSONNE CONCERNÉE

Nom Prénom

Masculin Féminin Nationalité.....

2 - NAISSANCE

Date de naissance.....

Ville Numéro de département

Pays.....

3 - FAMILLE

Parents séparés Oui Non Nombre de frères et sœurs.....

Rang dans la fratrie.....

4 - CONTACT DIRECT DE L'USAGER

Numéro de portable personnel.....

Mail personnel.....

5 - ADRESSES

5.1 - Adresse personnelle

Établissement Famille Autre Précisez

Adresse

.....

Téléphone fixe

5.2 - Autre adresse (garde alternée)

Domicile de.....

Adresse

.....

Téléphone fixe

6 - ENTOURAGE DE LA PERSONNE

6.1 - Autorité parentale

Père Mère Père et mère Autre personne.....
.....

6.2 - Père

Nom Prénom.....

Situation familiale Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Indéfinie

Situation professionnelle.....

Adressage de courriers Oui Non

Portable Téléphone pro

E-mail.....

Nationalité Date de naissance.....

Décédé Oui Non Date de décès

Adresse.....
.....

Téléphone fixe.....

Prévenir si urgence *Prévenir si problème de transport* *Rupture de contact*

6.3 - Mère

Nom Prénom.....

Nom de naissance

Situation familiale Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Indéfinie

Situation professionnelle.....

Adressage de courriers Oui Non

Portable Téléphone pro

E-mail.....

Nationalité Date de naissance.....

Décédé Oui Non Date de décès

Adresse.....
.....

Téléphone fixe.....

Prévenir si urgence *Prévenir si problème de transport* *Rupture de contact*

6.4 - Frères et sœurs

Indiquer les nom, prénom, date de naissance et situation des frères et sœurs. Préciser pour chacun s'il est vivant ou décédé.

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

6.5 - Autres personnes importantes dans la vie de la personne

Indiquer les nom, prénom, coordonnées et type de relation des autres personnes importantes pour l'enfant (grands-parents, beaux-parents, ami de la famille...).

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

7 - TRANSPORT

L'enfant utilisera le service de transport de l'IME (bus ou taxi) : Oui Non

L'enfant peut être laissé seul au domicile ou à l'arrêt de bus : Oui Non

Si non, indiquez les noms et fonctions des personnes qui peuvent le récupérer :

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



8 - RELATIONS PROFESSIONNELLES

8.1 - Médecin traitant

M. Mme - Nom
Prénom
Téléphone fixe Portable
Fax E-mail
Adresse
.....
Code postal Ville

8.2 - Autres professionnels intervenant auprès de la personne (orthophoniste, ophtalmo...)

Indiquer le métier, le nom et toutes les coordonnées des professionnels.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9 - AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

Type de placement Administratif Juridique Autre :
Département Référence du dossier
Lieu du placement
.....
Date de début Date de fin

10 - MESURES DE PROTECTION

Mesure d'assistance éducative Aucune AEMO AED Autre :
Mesure de protection des majeurs Non Oui (*joindre une copie du jugement*)



11 - ORIENTATIONS MDPH

Joindre une copie de TOUTES les notifications MDPH en cours : IME, AEEH, AAH...

12 - SÉCURITÉ SOCIALE

Joindre une copie de la carte de sécurité sociale (recto et verso) et de l'attestation.

13 - MUTUELLE

Adhérent à une mutuelle Non Oui (joindre une copie de la carte).

14 - AIDE FINANCIÈRE

Bénéficiaire de prestations sociales Oui Non

Si oui, lesquelles CAF MSA AUTRE :
(joindre une copie du justificatif de chaque prestation)

15 - ASSURANCES

Responsabilité civile Non Oui (joindre une attestation)

Autres Non Oui (joindre une attestation)

16 - NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOSSIER CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

1 - HABITUDES DE VIE / CENTRES D'INTÉRÊT

1.1 - Habitudes de vie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 - Centres d'intérêt

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DOSSIER MÉDICAL

<!-- À mettre dans une enveloppe fermée pour le « service médical »

À remplir par le médecin traitant en présence des parents

1 - PRÉSENTATION DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Diagnostic de la pathologie principale :

Autres diagnostics :

.....

2 - FAMILLE / ACCOUCHEMENT

Accouchement eutocique : Oui Non :

.....

Antécédents familiaux : Non Oui :

.....

.....

3 - ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT

Médicaux :

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

Allergies : Non Oui :

.....

4 - EXAMEN CLINIQUE DE L'ENFANT

Poids : Taille :

TA : Pouls :

4.1 - Peau et phanères

État cutané normal : Oui Non :.....

4.2 - ORL

Audiogramme réalisé : Non Oui :.....

PEA réalisé : Non Oui :.....

Bilan orthophonique réalisé : Non Oui :.....

Encombrement naso-pharyngé : Oui Non Otites à répétition : Oui Non

Amygdalectomie : Oui Non Adénoïdectomie : Oui Non

4.3 - Ophthalmologie

Acuité visuelle sans correction :.....

Port de lunettes : Oui Non Strabisme Hypermétropie Myopie Autre :.....

Acuité visuelle avec correction :.....

Bilan orthoptique réalisé : Non Oui :.....

Potentiel évoqué : Non Oui :.....

4.4 - Respiration

Asthme : Oui Non Si asthme, allergique : Oui Non

Bronchites à répétition : Oui Non

Autres informations :

4.5 - Cardio-vasculaire

Souffle cardiaque : Oui Non Trouble du rythme cardiaque : Oui Non

Segment QT : Long Normal Ne sais pas

4.6 - Appareil locomoteur

Fauteuil roulant : Oui Non

Rachis : Normal Scoliose Cyphose Cypho-scoliose Hyperlordose

Membres supérieurs normaux : Oui Non Membre inférieurs normaux : Oui Non

Pieds : Normaux Port de semelles Port d'attelles

Port de chaussures orthopédiques : avec coques sans coques

Suivi orthopédique : Oui Non

4.7 - Rééducation

Kinésithérapie : Non Oui : Fréquence :

Possibilité de maintenir les séances actuelles : Oui Non

Orthophonie : Non Oui : Fréquence :

Possibilité de maintenir les séances actuelles : Oui Non

Psychomotricité : Non Oui : Fréquence :

Possibilité de maintenir les séances actuelles : Oui Non

Ergothérapie : Non Oui : Fréquence :

Possibilité de maintenir les séances actuelles : Oui Non

Autre : Non Oui : Quoi et fréquence :

Possibilité de maintenir les séances actuelles : Oui Non

4.8 - Neurologie

Malformation cérébrale : Oui Non Épilepsie : Oui Non

Examens réalisés : TDM IRM EEG Autre :

4.9 - Génito-urinaire

Malformations : Non Oui :

Infection urinaires récidivantes : Oui Non

Incontinence : Non Oui Si oui : diurne nocturne

Phimosi : Oui Non Sans objet Si oui, opéré : Oui Non

Dysménorrhée : Oui Non Sans objet Contraception : Oui Non Sans objet

Suivi gynécologique : Oui Non Sans objet

4.10 - Appareil digestif

État bucco-dentaire :

Troubles de la mastication : Oui Non Troubles de la déglutition : Oui Non

RGO : Oui Non Ne sais pas Appendicectomie : Oui Non

Alimentation normale : Oui Non

Transit normal : Oui Non

Si non : Diarrhée Oui Non Constipation : Oui Non Nombre de selles par semaine :

Risque de fausse route : Oui Non

4.11 - Endocrinologie

Hypothyroïdie : Oui Non Diabète : Oui Non

Autre :

