



LES  
**PAPILLONS BLANCS**  
DE BERGERAC

**DOSSIER DE CANDIDATURE ENFANTS**

Dossier à remettre le : .....

Dossier remis le : .....

AVIS  Favorable  Défavorable  A affiner

6 avenue Paul Painlevé – 24112 BERGERAC

IME ROSETTE

IMP, IMPro, IMES, AFS  
Allée Françoise DOLTO  
24112 BERGERAC

Tel : 05 53 74 53 00  
Fax : 05 53 61 28 96  
rosette@pb24.fr

UEM

École Pauline Kergomard  
6 rue du Dr Simounet  
24112 BERGERAC

SESSAD

6, rue Claude Bernard  
24112 BERGERAC

Tél : 05 53.61 37 51  
Fax : 05 53 61 73 76  
sessad@pb24.fr

LE PONT

100 route de Rosette  
24100 BERGERAC

Tél : 05 53 74 55 65  
Fax : 05 53 74 55 67  
lepont@pb24.fr

# DOSSIER ADMINISTRATIF

PHOTO  
D'IDENTITÉ

Les renseignements suivants concernent la personne qui souhaite être admise.

## 1 - ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES DEMANDÉS

IME Rosette :  IMP  IMPro  IMES  AFS  UEM  SESSAD  Le Pont

## 2 - PERSONNE

**Copie du titre de séjour pour les étrangers**

NOM ..... PRÉNOM .....

Garçon  Fille DATE DE NAISSANCE .....

NATIONALITÉ .....

## 3 - LIEU DE VIE ACTUEL

Établissement  Famille  Autre PRÉCISEZ.....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE.....

## 4 - COORDONNÉES DES RÉFÉRENTS

### 4.1 - Père

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉLÉPHONE..... E-MAIL .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE.....

### 4.2 - Mère

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉLÉPHONE..... E-MAIL .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE.....

4.3 - Autre référent

Famille.....  Autre.....  
NOM ..... PRÉNOM .....  
TÉLÉPHONE..... E-MAIL .....  
ADRESSE .....  
.....  
CODE POSTAL ..... VILLE.....

5 - DEMANDE D'ADMISSION

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE .....  
CONTACT POUR LA DEMANDE .....  
.....  
NOTES.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6 - ORIENTATIONS MDPH

Copie des notifications

DÉPARTEMENT ET VILLE DE LA MDPH .....  
TYPES D'ORIENTATION  IME  IME avec hébergement  SESSAD  
MODALITÉS..... RÉFÉRENCE DU DOSSIER.....  
NOTES.....  
DATE DE DÉBUT..... DATE DE FIN.....

7 - MÉDECIN TRAITANT

NOM .....  
ADRESSE .....  
.....  
TÉLÉPHONE.....



# DOSSIER CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

---

## 1 - HISTOIRE DE VIE

DATE DÉBUT	DATE FIN	ÉVÉNEMENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES QUE VOUS ESTIMEZ UTILES DE FOURNIR (PAR EXEMPLE : ALLERGIE, ÉPILEPSIE, PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### 3 - ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

#### 3.1 - Autonomie générale

	Aucune aide	Guidance verbale	Aide partielle	Aide totale
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher / se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repérer dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire / écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repérer qui est qui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signaler quand il a ou se sent mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrer en relation avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepter les contraintes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.2 - Communication

Communication générale     Très bonne     Bonne     Moyenne     Faible  
Moyen de communication     Verbal     Gestes     Autre .....

.....

.....

#### 3.3 - Sociabilité : relation avec l'entourage

.....

.....

.....

.....

#### 3.4 - Motricité / sensorialité

.....

.....

.....

Coordonnées et fonction de la personne ayant rédigé la demande.....

.....

Fait à..... Le.....

Signature



# DOSSIER MÉDICAL

<!-- À détacher du reste du dossier et à mettre dans une enveloppe fermée identifiée « Confidentiel - service médical »

## 1 - NIVEAU DE DÉFICIENCE

RETARD MENTAL     Léger     Moyen     Grave     Profond     Aucun retard  
TROUBLES DU COMPORTEMENT     Oui     Non

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

## 2 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES

**Copie des attestations de vaccination**

Une copie (identifiée au nom de l'enfant) du carnet de vaccination ou des pages correspondantes du carnet de santé doit être jointe à la demande.

**La demande d'admission de tout enfant dont les vaccinations ne sont pas à jour sera refusée.**

## 3 - PATHOLOGIE PRINCIPALE (JUSTIFIANT LA CANDIDATURE EN IME)

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

## 4 - AUTRES PATHOLOGIES / MALADIES CHRONIQUES

*(+ informations sur le suivi : médecin, etc.)*

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



**5 - TRAITEMENT**

TRAITEMENT EN COURS     Oui    Non

**Copie des ordonnances en cours**

**6 - AUTRES ÉLÉMENTS MÉDICAUX QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER**

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

---

Coordonnées et fonction de la personne ayant complété le dossier médical .....

Fait à ..... Le.....

Signature