



LES
PAPILLONS BLANCS
DE BERGERAC

DOSSIER DE CANDIDATURE SESSAD

Nom et prénom de l'enfant :

Né-e le :

Date de la rencontre :

Personne présente :

AVIS Favorable Défavorable À affiner

6 avenue Paul Painlevé – 24112 BERGERAC

SESSAD

6, rue Claude Bernard

24112 BERGERAC

Tél : 05 53.61 37 51

Fax : 05 53 61 73 76

sessad@pb24.fr



DOSSIER ADMINISTRATIF

PHOTO
D'IDENTITÉ

Les renseignements suivants concernent la personne qui souhaite être admise.

1 - PERSONNE

NOM PRÉNOM

Garçon Fille DATE DE NAISSANCE

NATIONALITÉ

2 - LIEU DE VIE ACTUEL

Chez les 2 parents Chez le père Chez la mère En famille d'accueil

En établissement Autre PRÉCISEZ.....

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE.....

3 - COORDONNÉES DES PARENTS

Situation des parents : Mariés Vie maritale Divorcés Séparés Veufs

3.1 - Père

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE..... LIEU DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE..... E-MAIL

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE.....

NATIONALITÉ..... SITUATION PROFESSIONNELLE

3.2 - Mère

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE..... LIEU DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE..... E-MAIL

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE.....

NATIONALITÉ..... SITUATION PROFESSIONNELLE

4 - AUTRE RÉFÉRENT

Famille..... Autre.....

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE..... LIEU DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE..... E-MAIL

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE.....

NATIONALITÉ..... SITUATION PROFESSIONNELLE

5 - COMPOSITION DE LA FAMILLE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	AUTRES INFORMATIONS UTILES

6 - DEMANDE D'ADMISSION

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE

CONTACT POUR LA DEMANDE

.....

QUELLES ATTENTES, POURQUOI LE SESSAD ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 - ORIENTATIONS MDPH

DÉPARTEMENT ET VILLE DE LA MDPH

RÉFÉRENCE DU DOSSIER.....

NOTES

DATE DE DÉBUT..... DATE DE FIN

NOM DE L'ENSEIGNANT RÉFÉRENT

8 - MÉDECIN TRAITANT

NOM

ADRESSE

.....

TÉLÉPHONE.....

DOSSIER CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

1 - PARCOURS SCOLAIRE

ANNÉES	NOM DE L'ÉCOLE ET CLASSE

NOTES.....
.....

2 - SUIVIS SPÉCIFIQUES (ANTÉRIEURS ET ACTUELS)

DATES	LIEUX	NOM DE L'INTERVENANT	TYPE D'ACCOMPAGNEMENT OU DE PRISE EN CHARGE

NOTES.....
.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

4.1 - 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"/>

NOTES.....

.....

4.2 - Communication

Communication générale Très bonne Bonne Moyenne Faible

Moyen de communication Verbal Gestes Autre

.....

.....



4.3 - Sociabilité : relation avec l'entourage

À LA MAISON

.....

.....

À L'ECOLE.....

.....

.....

4.4 - Centres d'intérêts, activités

.....

.....

.....

Coordonnées et fonction de la personne ayant formulé 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

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

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

4 - AUTRES PATHOLOGIES / MALADIES CHRONIQUES

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

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

5 - TRAITEMENT

TRAITEMENT EN COURS Oui Non

PRECISEZ.....

.....

6 - AUTRES ÉLÉMENTS MÉDICAUX QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Coordonnées et fonction de la personne ayant complété le dossier médical

.....

Fait à..... Le.....

Signature

