



DOSSIER DE CANDIDATURE

UEMA HAIEKIN

A retourner

✓ par courrier : 7 rue Henri Dunant-64700 HENDAYE

Ou

✓ par mail : centre.haiekin@asei.asso.fr

FICHE ADMINISTRATIVE

ETAT CIVIL de l'enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse domicile : _____

Né (e) le : _____ à : _____

Nationalité : _____

Parents

Parent 1	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
.....	
.....	
.....	
Tél :	Tél :
Adresse mail :	Adresse mail :
.....	
Profession :	Profession :
.....	
Employeur (Nom/coordonnées) :	Employeur (Nom/coordonnées) :
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

MDPH

N° de Dossier/Usager :

Date d'attribution : Jusqu'au :

Prestations accordées :

- ☐ A.E.E.H.
☐ Complément A.E.E.H.
☐ Prestation de Compensation du Handicap
☐ Carte de stationnement
☐ Carte d'invalidité
☐ Autres (précisez) :

ASSURÉ

N° de Sécurité Sociale de l'assuré :

N° de Sécurité Sociale de l'ayant droit :

Adresse du Centre de S.S.:

.....

Mutuelle : ☐ OUI ☐ NON CSS : ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Adresse :

.....

N° allocataire CAF :

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom.....

Qualité : ☐ Tuteur ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Téléphone : Portable :

Email :@.....

LIEU DE VIE ACTUEL

- Domicile parental ☐ OUI ☐ NON
- Chez la mère ☐ OUI ☐ NON
- Chez le père ☐ OUI ☐ NON
- (si garde alternée, cocher les deux)
- Autre (précisez) :

CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL

Situation matrimoniale des parents

☐ Mariés
 ☐ Concubinage, PACS
 ☐ Séparés
 ☐ Divorcés
 ☐ Autres

↳ **Autorité parentale**
 ☐ Conjointe
 ☐ Mère
 ☐ Père
 ☐ Autres

↳ **Fratrie**

NOM	Prénom	Date de naissance	Situation

➤ **MODE DE GARDE :**

☐ **Assistante maternelle :**

Coordonnées :

Jours d'accueil :

☐ **Crèche, halte-garderie :**

Coordonnées :
Jours d'accueil :

☐ **Autres :**

Coordonnées :
Jours d'accueil :

➤ **LIEU DE SCOLARISATION :**

Nom, adresse, Tél. de l'école :

Direction
Enseignant
AVS

☐ Scolarisation à temps plein

☐ Scolarisation à temps partiel

Jours de scolarisation :

Référents et partenaires:

Référent social : si vous êtes accompagné actuellement par une structure d'hébergement, CCAS ou autre, veuillez préciser la personne référente de votre situation.

Nom du référent social :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :@.....

L'enfant bénéficie-t-il d'interventions à domicile ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, coordonnées du service ?

.....

.....

.....

Nom du médecin traitant :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :@.....

Nom du médecin spécialiste :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :@.....

Nom du psychiatre référent :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :@.....

Modalités du suivi psychiatrique :

CMPP : ☐ OUI ☐ NON Rythme ?

HDJ : ☐ OUI ☐ NON Rythme ?

Autre (précisez) :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :@.....

Autre(s) suivi(s) :

- ☐ Psychologue ☐ Ergothérapeute ☐ Orthophoniste
☐ Kinésithérapeute ☐ Psychomotricien
☐ Autre :

Évaluation T.S.A. (CRA, CMPP, CAMPS, ...) réalisée :

- ☐ OUI ☐ NON

COMMUNICATION :

- ☐ Verbal ☐ Non Verbal

- ☐ Outils de communication :

 ◇ MAKATON ☐ OUI ☐ NON

 ◇ PECS ☐ OUI ☐ NON

 ◇ Pointé du doigt ☐ OUI ☐ NON

 ◇ Photos ☐ OUI ☐ NON

 ◇ Autres :

CENTRE D'INTÉRÊT /ACTIVITÉS /TRANSPORT

Quels sont les occupations actuelles et loisirs de l'enfant ?

.....

.....

.....

Quels sont ses centres d'intérêts identifiés ou supposés ?

.....

.....

.....

MOTIF DE LA DEMANDE

Qui est à l'origine de la demande ?

.....

Quelles sont les motivations de votre demande ?

.....

.....

.....

Quels sont vos objectifs ? Vos attentes ? Qu'attendez-vous de l'UEMA ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les motifs de la demande, les besoins repérés par vos proches, le professionnel ou l'équipe vous orientant ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PIECES A FOURNIR DOSSIER

Pour le dossier d'admission :

- ☐ Photocopie de la pièce d'identité (personne accompagnée et/ou représentant légal) : CNI et livret de famille
- ☐ Justificatif de domicile : photocopie quittance EDF, facture téléphone, ou autres
- ☐ Photocopie la notification d'orientation CDAPH
- ☐ Photocopie de notification AEEH
- ☐ Photocopie de notification ACTP/Prestation de compensation
- ☐ Autorité parentale et résidence principale (jugement de séparation / divorce / adoption/... ou attestation sur l'honneur).
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ☐ 2 photos d'identité
- ☐ Photocopie attestation vitale

En complément :

- ☐ Carnet de santé et de vaccinations
- ☐ Si traitement : ordonnance à jour et renouvellements médicaments

QUESTIONNAIRE MEDICAL
(à renseigner par un médecin)

NOM et Prénom de l'enfant concernée par la demande :

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel. : _____

Email : _____@_____

Nom et prénom de la Personne remplissant ce questionnaire :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel. : _____

Email : _____@_____

ANTECEDENTS :

1) Familiaux

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Personnels (médicaux, chirurgicaux) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) Dernières hospitalisations ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXAMEN CLINIQUE :

1) Somatique (en particulier neurologique) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Psychiatrique (caractère, niveau intellectuel, troubles psychotiques, humeur, comportement) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT ACTUEL (dernières ordonnances) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIES CONNUES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LE PATIENT BENEFICIE-T-IL D'UN OU PLUSIEURS SUIVI(S) MEDICAL(UX), EN VILLE, EN HOPITAL, EN INSTITUTION ? (joindre les comptes rendus médicaux et/ou d'hospitalisation, préciser les coordonnées des établissements) :

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (que vous jugez utile de nous communiquer) :

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

CONCLUSION :

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

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Nom et qualité du signataire : _____

Signature :