

### Situation médicale du jeune

Traitement médicamenteux quotidien ?                    oui                     non   
Protocole spécifique en cas de crise ?                    oui                     non   
Y-a-t-il un suivi spécialisé par un professionnel de la santé ?                    oui                     non   
Si oui, préciser la spécialité du professionnel et la fréquence du suivi :  
.....  
.....

Suivi médical particulier (gastrostomie, appareillage, épilepsie, ...) : .....

### Informations complémentaires

A des rituels :    oui                     non                     Précisez : .....

A des phobies : oui                     non                     Précisez : .....

A besoin d'être rassuré :                    occasionnellement                     régulièrement                     en continu

A tendance à fuguer :    oui                     non                     A des tendances cleptomanes : oui                     non

Peut se mettre en danger : oui                     non                     Précisez : .....

Peut être agressif/violent : oui                     non                     Précisez : .....

### Autres remarques

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

### Partenariats antérieurs ou actuels

CAMSP  
 SESSAD  
 Secteur de pédo psychiatrie  
 CHU, service à préciser : .....

CRA  
 Autre, à préciser : .....

Nom, Prénom, signature du demandeur :



## Dossier de Candidature IME

Semi-internat                     Internat                    **Accueil temporaire :**  Séquentiel  
 Répit  
 Loisirs

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

Date de prise de contact : .....

Date de visite : ..... Réalisée par : .....

### Informations Administratives

F     M    Né le : ...../...../..... à ..... Nationalité .....

Adresse : .....

Lieu de résidence du jeune (si différent, préciser si famille d'accueil) : .....

Place dans la Fratrie : .....

Père : ..... Né le : ...../...../..... à .....

Adresse : .....

Profession : .....

Mère : ..... Né le : ...../...../..... à .....

Adresse : .....

Profession : .....

Autorité Parentale (à cocher) :  les 2 parents                     père     mère     autre (merci de préciser) .....

Si le jeune est confié à l'A.S.E., coordonnées du référent : .....

Nom prénom de l'aidant : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

### Pièces à joindre au dossier de candidature :

- La copie de la notification d'orientation MDPH.
- Dernière évaluation de PP ou dernier compte rendu du service d'accompagnement (CAMSP, etc.).
- La fiche médicale ci-jointe sous pli à l'attention du médecin de l'établissement.
- Le dernier GEVAscol
- Evaluations réalisées (fonctionnelle, communication, cognitive, ...)

## Situation Actuelle

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

### Les acquis :

**Maitrise de la lecture :** non  partiellement  totalement   
**Maitrise de l'écriture :** non  partiellement  totalement   
**Maitrise du calcul :** non  partiellement  totalement

Moyens de communication : (maîtrise de la langue française, pictogrammes, Pecs, Makaton, etc.)

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

## Besoins et attentes

Activités, centres d'intérêts, particularités, soins, rythme, ...

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

## Besoins et habitudes de vie du jeune

### 1. En ce qui concerne l'habillement :

Capacité à choisir des vêtements en fonction de la saison et des circonstances ? oui  Partiellement  non   
Capacité à s'habiller seul? oui  Partiellement  non   
Capacité à se déshabiller seul ? oui  Partiellement  non

Commentaires :

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

### 2. En ce qui concerne les repas :

Capacité à manger seul ? oui  non   
Prise des repas :  
→ sans adaptation particulière ? oui  non   
→ sous forme d'aliments mixés ? oui  non   
→ sous forme d'aliments écrasés ? oui  non   
Capacité à boire seul ? oui  non   
Besoin d'une boisson épaissie ? oui  non   
Régime alimentaire ? oui  non

Si oui, lequel ? .....

Allergies, intolérances .....

Commentaires :

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

### 3. En ce qui concerne la motricité, la mobilité :

Capacité à marcher seul? oui  Partiellement  non   
Déplacement en fauteuil ? oui  Partiellement  non   
Capacité à s'asseoir et se relever seul ? oui  Partiellement  non   
Capacité à descendre et monter seul les escaliers ? oui  Partiellement  non   
Capacité à se repérer dans les déplacements ? oui  Partiellement  non   
Capacité à sortir seul ? oui  Partiellement  non   
Capacité à se repérer dans l'espace ? oui  Partiellement  non

Commentaires :

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

### 4. En ce qui concerne l'hygiène :

Besoin d'aide pour la toilette ? oui  Sur sollicitation  Partiellement  non   
Besoin d'aide pour le rasage ? oui  Sur sollicitation  Partiellement  non   
Appareillages : dentaire  Auditif   
Capacité à aller seul au WC. ? oui  Sur sollicitation  Partiellement  non   
Gestion des changes anatomiques ? oui  Sur sollicitation  Partiellement  non

Commentaires :

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



# FICHE MÉDICALE A JOINDRE À VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

**Document à faire remplir par votre médecin référent et à joindre au dossier sous pli confidentiel**

**Nom – Prénom** .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Étiologie : .....

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

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

Antécédents familiaux : .....

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

Allergies : .....

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

Traitements actuels : .....

.....

.....

.....

.....

Renseignements médicaux et contre-indications : .....

.....

.....

.....

.....

Prises(s) en charge particulière(s) (alimentation régime/texture, boisson épaissie, ...) :.....

.....

.....

.....

.....

Observations et remarques : .....

.....

.....

.....

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

N° de tél : .....

Date :

Signature :

*Ce document est à destination du médecin de l'établissement, ou pour les personnes des Foyers de Vie, à l'attention des spécialistes lors des consultations.*