

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

EEAP Clairefontaine –Arbonne-la-Forêt

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Le dépôt de ce dossier ne vaut pas admission. Il permet simplement une première étude de votre demande et notamment de savoir si, à priori, les prises en charge proposées par l'établissement peuvent répondre aux besoins de l'enfant.

C'est pourquoi, nous vous remercions de nous apporter toutes les informations et bilans demandés (éducatifs, médicaux...).

Après étude du dossier, s'il s'avère que l'accompagnement médical et éducatif proposé par l'EEAP Clairefontaine pourrait être adapté à l'enfant, une rencontre des parents et de l'enfant sera proposée.

Nom et prénom de l'enfant concerné :

IDENTITE DE L'ENFANT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays :

Nationalité :

IDENTITE DES PARENTS

MERE

Nom de famille (de naissance) :
(suivi, suivi le cas échéant, du nom d'épouse)

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune/Ville :

Téléphone fixe : _____.____.____.____.____

Téléphone portable : _____.____.____.____.____

Adresse mail : _____@_____

PERE

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune/ville :

Téléphone fixe : _____.____.____.____.____

Téléphone portable : _____.____.____.____.____

Adresse mail : _____@_____

Vie maritale

Mariés

Séparés

Divorcés

FRERES ET SOEURS

Nom	Prénom	Sexe M/F	Date de naissance

TUTEUR, le cas échéant

Monsieur

Madame

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : _____.____.____.____.____

VOTRE DEMANDE

Avez-vous été orienté vers l'EEAP Clairefontaine par un professionnel ?
(médecin, rééducateur, travailleur social...)

Oui Non

Nom du professionnel :

Structure :

Régime d'accueil

Vous souhaitez que l'enfant soit accueilli :

- En externat (retour au domicile chaque soir)
- En internat (nuit à l'EEAP)
- En accueil modulable (1 à 2 jours/semaine)
- En séjour temporaire (séjour de répit, vacances, maximum 90 jours/an)

Merci de préciser ici vos souhaits en matière d'accueil et le motif de votre demande :

PARCOURS DE L'ENFANT et SITUATION ACTUELLE

Prises en charge (passées et actuelles) :

Dates	Etablissements ou Services (CAMSP, SASSAD, IME ...)	Suivi et fréquences (Kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, éducatif...)

Merci de joindre à ce dossier les bilans de prise en charge des différents professionnels

Actuellement, l'enfant bénéficie-t-il de prises en charge **en libéral** ?

Si oui, merci d'indiquer à quelle fréquence/semaine

Prise en charge	Fréquence

Si l'enfant est suivi par l'Aide Sociale à l'Enfant

Nom du référent ASE :

Adresse du service :

Téléphone du référent : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Adresse mail du référent : _____ @ _____

Situation MDPH

- L'enfant bénéficie-t-il d'une orientation en établissement par la MDPH ?
 Oui Non

Si oui, merci de joindre la photocopie à ce dossier.

- Si non, en avez-vous fait la demande auprès de la MDPH ?
Depuis quelle date ? _____

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Médecins référents

Spécialistes	Noms et coordonnées
Médecin généraliste	
Neuropédiatre	
Gastropédiatre	
Ophtalmologue	
Rééducation fonctionnelle	
Autres	

Traitement en cours

Merci de joindre la photocopie de la dernière ordonnance

Médicament	Posologie

Protocole établi en cas de crise convulsive prolongée

Oui

Non

Si oui, merci de joindre la photocopie à ce dossier.

Vaccinations

Merci de joindre la photocopie du carnet de vaccinations

Vaccins	Date de la vaccination ou du dernier rappel
BCG	
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche / Haemophilus	
Infection invasive à pneumocoque	
Rougeole / Oreillons / Rubéole	

Allergie éventuelle

- **Alimentaire** : _____
- **Médicamenteuse** : _____
- **Autres** : _____

Alimentation

- **Mode**

- Par la bouche sonde naso-gastrique gastrostomie

- **Type**

- Morceaux Mouliné Mixé

- **Risque de Fausse route**

- Oui Non

Transit

- **Constipation**

- Oui Non

- **Traitement éventuel** : _____

Douleur

- **Expression** (cris, pleurs, prostration...) : _____
- **Antalgiques utilisés** : _____

Sommeil

• **Type de lit :** _____

• **Troubles de l'endormissement**

Oui Non

• **Réveils nocturnes**

Oui Non

Déplacement (*marche, ramper, quatre pattes...*)

• _____

Appareillages (*fauteuil, motilo, flèche, attelles, coque, lunettes ...*)

• _____

• _____

• _____

• _____

• _____

Vison

• _____

Audition

• _____