



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

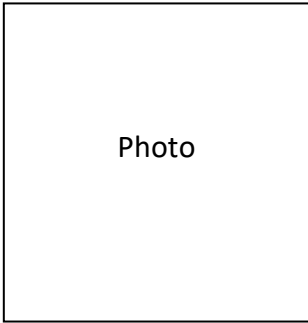
SESSAD PRO DU HAUT VAR

SESSAD PRO DU HAUT VAR - Z.A. La BAUME – 83690 SALERNES
04.94.70.37.91 – contact@sessad-salernes.com
Établissements Publics Médico Sociaux du Haut Var

Les réponses aux questions qui suivent sont importantes pour la suite à donner à votre demande. Nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce dossier dans les meilleurs délais, accompagné des pièces demandées.

Après étude, nous vous informerons de notre position quant à la suite que nous réserverons à votre demande.

En tout état de cause, une suite ne pourra avoir lieu qu'en possession de l'ensemble des pièces administratives à fournir au préalable.



NOM :

Prénom :

I - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION ADMINISTRATIVE

1.1. Etat civil

Adresse personnelle :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-Mail :

Né(e)le :

A :

Nationalité :

Parents/responsable légal :

Nom – Prénom et Adresse du Père :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe / mobile :

E MAIL :

Profession :

Nom – Prénom et Adresse de la Mère :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe / mobile :

E MAIL :

Profession :

Nombre de frères et sœurs :

1.2. Indiquez le contexte et les raisons de la demande d'admission/pourquoi je m'inscris au Sessad :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.3. Décrire quel est votre Projet Professionnel/ce que vous aimeriez faire :

.....

.....

.....

1.4. Bénéficiez-vous déjà d'un accompagnement spécialisé ? / je suis déjà aidé

Si oui lequel et par qui :

.....

.....

.....

.....

1.5. Situation actuelle du jeune / ce que je fais en ce moment :

Je vais à l'école :

Nom et coordonnées de l'établissement scolaire fréquenté / mon collège ou lycée :

.....

.....

Fréquenté depuis le :

.....

Classe actuelle / je suis en classe de :

.....

Je suis déscolarisé / Je ne vais plus à l'école :

Depuis quand :

Pourquoi :

.....

II - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION SOCIALE du DEMANDEUR



2.1. Renseignements sociaux

Sécurité sociale :

Adresse CPAM :

Numéro de sécurité sociale du jeune :

Nom et numéro de l'assuré :

Assurances diverses :

Nom et adresse :

N° de sociétaire, d'affilié :

MDPH :

Notification d'orientation vers le SESSAD Pro :

- Instruction en cours oui non
- Orientation obtenue : oui non
- Dossier encore non déposé

Dans tous les cas :

N° de dossier MDPH :

Date de décision :

Validité du : au :

Décision d'orientation vers :

.....

III - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION SCOLAIRE

3.1. Parcours scolaire et de formation

Période	Établissement fréquenté	Classe

3.2. Stages en entreprise

Dates	Activités réalisées	Lieu de stage

3.3. Loisirs/centres d'intérêt

.....

.....

.....

IV - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



4.1. Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

4.2. Nom, Spécialités et coordonnées des spécialistes suivant habituellement le jeune : (psychiatre, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute...)

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

4.3. Antécédents médicaux

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

4.4. Traitements en cours

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

	oui	non	Précisions
Difficultés motrices			
Troubles d'origine psychologique Suivi régulier (CMPP, psychologue...)			
Allergies			
Régime alimentaire			
Troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration			
Troubles des représentations spatio-temporelles			
Troubles neuromoteurs : tremblements, déséquilibre, ...			
Contre-indications à certaines activités (stages, sports...)			

V – EVALUATION DE L'AUTONOMIE



Actes de la vie quotidienne	Oui	Non	Commentaires
Gestion des horaires : Lever/coucher seul			
Gestion de l'hygiène personnelle (toilette, tenue adaptée, ...)			
Organisation et gestion du cadre de vie (cuisine, vaisselle, rangement, entretien des locaux et du linge...)			
Déplacements à pieds			
Déplacements en transports en commun			
Reconnaissance des pièces et des billets			
Gestion d'un petit budget			

VI - AUTORISATION DE SORTIES ET DE DEPLACEMENTS EN AUTONOMIE



Je soussigné (e) :.....

Tél :

Représentant légal de :

Nom :

Prénom :.....

Autorise par la présente :

Les sorties du SESSAD Pro afin de travailler l'autonomie.

(Accompagné(e) dans un premier temps, puis seul(e))

OUI

NON

Ces déplacements auront lieu principalement sur la commune de Salernes et dans la commune d'habitation ou de scolarisation du jeune (à pied ou en transports en commun).

À être transporté dans les véhicules du SESSAD par les professionnels si besoin.

OUI

NON

VII - AUTORISATION DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION

Le SESSAD Pro du Haut Var conduit une politique de communication envers différents partenaires (autres Établissements, familles...) comme les plaquettes de présentation du Sessad, le livret d'accueil, articles de journaux, site internet....

Afin de respecter le droit à l'image, l'autorisation de l'apprenti(e) majeur ou/et du représentant légal est sollicitée pour la diffusion de supports visuels, auditifs et écrits le concernant.

Il convient de préciser que les photographies qui pourront être diffusées seront des photographies de groupe et que l'anonymat sera garanti.

Donne mon accord pour la diffusion de supports visuels, auditifs et écrits me concernant.

Ne donne pas mon accord pour la diffusion de supports visuels, auditifs et écrits me concernant.

VII – DOCUMENTS À FOURNIR

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS - indispensables à l'admission	
	Photocopie orientation M.D.P.H. en cours de validité
	Le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la M.D.P.H.
	Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité de la personne handicapée
	Photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou MSA) qui couvre la personne handicapée
	1 photographie d'identité récente
	Photocopie du livret de famille complet
	Attestation d'assurance scolaire/responsabilité civile
	Emploi du temps scolaire

DOCUMENTS LIES A L'ACCOMPAGNEMENT	
	Copie du projet personnalisé de scolarité (GEVASCO)
	Grilles d'évaluations des compétences
	Bilans de Stages professionnels
	Bilan psychologique
	Tous documents utiles à l'accompagnement

Dossier complété par (compléter la ou les cases qui conviennent) :

Candidat	Famille ou représentant légal	Professionnel
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Lien de parenté :	Fonction :
	Signature :	Établissement :