

Nom du candidat : .....

---

INSTITUT D'ÉDUCATION MOTRICE

---

## **DOSSIER DE CANDIDATURE A L'ADMISSION**

Notre Institut d'Éducation Motrice accueille des enfants et adolescents de 4 à 20 ans, semi-internes ou internes.

L'agrément de l'établissement est régi par les dispositions de l'annexe XXIV bis, c'est-à-dire la prise en charge d'enfants ou adolescents présentant une déficience motrice ou physique, isolée ou associée à d'autres déficiences.

Les enfants et adolescents accueillis bénéficient d'une prise en charge médicale, paramédicale, psychologique, socio-éducative et pédagogique.

**Pour tous renseignements, merci de contacter :**

**Centre Médico-Social Lecourbe  
Plateforme d'Orientation Sociale  
205, rue de Javel  
75015 PARIS**

**☎ 01.53.68.66.52 – 📠 01.53.68.43.11**

**E-mail : [orientationsocialecmssl@sjdparis.com](mailto:orientationsocialecmssl@sjdparis.com)**

Nom du candidat : .....

## **DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER**

### **Important :**

- **Pour toute demande d'admission, un dossier doit être impérativement constitué auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), qui nous envoie une notification d'orientation, nécessaire pour toute admission.**
- **Les dossiers incomplets ne pourront pas être traités.**

### **Dans tous les cas :**

- Avis d'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Photocopie de la notification d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)
- Photocopie d'une pièce d'identité (ou titre de séjour en cours de validité) du jeune et des représentants légaux
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de l'attestation Sécurité Sociale (ou MSA) récente avec droits ouverts, mentionnant la prise en charge de l'enfant à 100 %
- Photocopie de l'attestation Mutuelle mentionnant la prise en charge du jeune
- Photocopie de la Carte d'Invalidité.

### **Situations particulières :**

- *En cas de séparation* : photocopie du jugement de divorce ou tout document juridique officiel concernant la garde de l'enfant
- *En cas de tutelle ou de curatelle* : photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle

**D'autre part, nous vous invitons à joindre à ce dossier de candidature les comptes rendus actualisés des différents professionnels en charge du projet actuel de votre enfant (éléments médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs...) ainsi que tout élément susceptible d'apporter des informations utiles au dossier de votre enfant.**

**Centre Médico-Social Lecourbe  
Plateforme d'Orientation Sociale  
205, rue de Javel  
75015 PARIS**

Nom du candidat : .....

## 1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(A compléter par la famille ou le représentant légal)

### L'ENFANT

N° de dossier MDPH (si déjà obtenu) : .....

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité :
Carte d'invalidité : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, taux :	
Date fin de validité :	

#### Mode de prise en charge actuelle :

En établissement  A domicile   Pas de prise en charge

Etablissement fréquenté actuellement : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email : .....

#### Adresse actuelle de l'enfant :

Dans la famille Nom & Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Autres, précisez : .....

Candidature présentée par : ..... Lien de parenté .....

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE : .....

Nom du candidat : .....

## LES PARENTS / LE REPRESENTANT LEGAL

Situation des parents :  Mariés  Veuf/veuve  Divorcés  Vie maritale  Célibataire

Représentant légal :  Père  Mère  Autre (précisez) .....

<input type="checkbox"/> PERE	<input type="checkbox"/> MERE	<input type="checkbox"/> TUTEUR / TUTRICE
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance : ...../...../.....	Date de naissance : ... /...../.....	Date de naissance : ... /...../.....
Lieu de naissance	Lieu de naissance	Lieu de naissance
Nationalité :	Nationalité :	Nationalité :
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
 Domicile :	 Domicile :	 Domicile :
 Travail :	 Travail :	 Travail :
 Portable :	 Portable :	 Portable :
@ E-mail :	@ E-mail :	@ E-mail :
Profession :	Profession :	Profession :
Nom & adresse de l'employeur : ..... .....	Nom & adresse de l'employeur : ..... .....	Nom & adresse de l'employeur : ..... .....

Sécurité sociale :  CPAM  MSA  Autre, précisez .....

Nom & Prénom de l'assuré(e) social(e) : .....

N° d'immatriculation :

N° du Centre et Adresse de la caisse d'assurance maladie : .....

Mutuelle :  OUI  NON

Nom & Prénom de l'adhérent : ..... N° adhérent : .....

Nom & Adresse de la mutuelle : .....

CAF :  OUI  NON

Nom & Prénom l'allocataire : ..... N° allocataire : .....

Nom & Adresse de la CAF : .....

Nom du candidat : .....

## **2- MOTIVATION DE LA CANDIDATURE**

*(A compléter par la famille ou le représentant légal)*

<b>Motif(s) de votre demande d'accueil dans l'établissement</b>
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>Attentes du jeune et de sa famille</b>
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

Le fait de remplir ce document ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour l'établissement.  
**En cas d'accord d'admission, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.**

Date de la demande : .... / .... / .....

Signature du jeune

Signature du représentant légal

Nom du candidat : .....

### 3- ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

(A compléter par l'Assistant(e) Sociale en charge du dossier)

Nom du jeune :	Prénom du jeune :
Date de naissance :	Lieu de naissance :

**Mode de séjour souhaité :**     Internat     Semi-internat (retour au domicile chaque soir)

En cas de demande d'internat, précisez le motif : .....

Qui accueille l'enfant lors des retours au domicile (week-end et vacances)

Parents     Tuteur / Tutrice     Structure     Autres (précisez) : .....

En cas de séparation, précisez comment se répartit l'accueil de chaque parent : .....

.....

.....

*☞ Joindre SVP le document juridique officiel concernant la garde de l'enfant*

Une personne de l'entourage peut-elle aider en cas de nécessité ?     Oui     Non

Si oui, précisez son nom, adresse et téléphone, ainsi que le lien de parenté éventuel : .....

.....

Les parents savent-ils lire le français ?     Oui     Non

Langues parlées à la maison :

Présentation de la situation familiale :

.....

Nom & adresse de l'Assistant(e) Sociale qui suit la famille : .....

.....

#### FRATRIE DE L'ENFANT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Nom du candidat : .....

### LOGEMENT :

Type de logement :	
<input type="checkbox"/> Appartement	
<input type="checkbox"/> Maison individuelle	
☞ Nombre de pièces .....	
Accessibilité :	
☞ logement adapté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
☞ logement non adapté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Y-a-t-il d'autres personnes malades ou handicapées dans la famille ?    Oui    Non

Si oui, donnez quelques précisions :

.....  
.....

Adresse de la MDPH dont dépend le jeune : .....	
.....	
Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH):	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Complément :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### PROTECTION DE L'ENFANCE OU AIDE EDUCATIVE

Une mesure de protection est-elle mise en place ?    Oui    Non

<b>Si oui, précisez la mesure :</b> .....
Nom et adresse de l'organisme social : .....
.....
Nom du référent de l'enfant : .....

Date :

Nom et signature :

Nom du candidat : .....

#### 4- RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

(A compléter par le Chef d'Etablissement scolaire ou l'Enseignant)

Nom du jeune :	Prénom du jeune :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Etablissement fréquenté actuellement – Type :	
Nom et adresse de l'établissement : .....	
.....	
Nom de l'Enseignant responsable :	

#### CURSUS SCOLAIRE :

Ecole primaire					Collège				
Année									
Classe									

Niveau scolaire estimé	Compréhension	Production écrite	Production orale
Français			
Mathématiques			

Domaines de réussite : .....

.....

Difficultés constatées : .....

.....

Mode d'écriture :  Manuelle  Ordinateur

Aménagements nécessaires en classe :

.....

.....

.....

.....

Comportement en classe :

*☞ Travail personnel*



Nom du candidat : .....

..... ..... ..... ..... .....
---

*☞ En groupe*

..... ..... ..... ..... .....
---

**Aides nécessaires :**

..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---

Date :

Nom, qualité et signature :

*☞ Veuillez joindre les bilans scolaires des deux années précédentes*

Nom du candidat : .....

## **5- RENSEIGNEMENTS EDUCATIFS**

*(A compléter par l'Educateur Référent)*

Nom du jeune :	Prénom du jeune :
Date de naissance :	Lieu de naissance :

**Comment se déroule la vie en collectivité** (adaptation, intégration au groupe, etc) ?

.....

.....

.....

**Comportement du jeune**

.....

.....

.....

**Loisirs préférés :**

.....

.....

.....

**Autonomie :**

☞ dans la vie quotidienne : .....

.....

☞ Au domicile : .....

.....

☞ A l'extérieur : .....

.....

Date :

Nom et signature :

Nom du candidat : .....

## 6- QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUE

(A compléter par le médecin et/ou la famille ou représentant légal)

### AUTONOMIE ET AIDES MISES EN PLACE (entourer ou cocher la case correspondante)

	Capacité :	Seul = S	Aide partielle = P	Aide totale = T
<b>Transfert</b>	S P T	<input type="checkbox"/> assis à assis (et inversement)	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres	
	S P T	<input type="checkbox"/> assis à debout (et inversement)	<input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Disque/Planche	
	S P T	<input type="checkbox"/> assis à coucher (et inversement)	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
	S P T	<input type="checkbox"/> debout à coucher (et inversement)		
<b>Déplacement</b>	S P T	Marche	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle	
	S P T	Avec aide technique	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Rollator/Déambulateur <input type="checkbox"/> FRM	<input type="checkbox"/> FRE
	S P T	En fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Autres	
	S P T	<input type="checkbox"/> Risque de chute	Détail : .....	
<b>Toilette</b>	S P T	<input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Bain		<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres
	S P T	Détail : .....		
	S P T	Détail : .....		
<b>Habillage</b>	S P T	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres		
	S P T	Détail : .....		
<b>Alimentation</b>	S P T	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixée	<input type="checkbox"/> Couverts adaptés <input type="checkbox"/> Autre : .....	
	S P T	<input type="checkbox"/> Eau gélifiée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Assiette adaptée	
	S P T	<input type="checkbox"/> Risque fausse route	<input type="checkbox"/> Verre adapté <input type="checkbox"/> Paille	
	S P T	<input type="checkbox"/> Régime :	<input type="checkbox"/> Plateau <input type="checkbox"/> Anti-dérapant	
<b>Continence</b>	S P T	<input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne	<input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Pistolet <input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> Autre	
	S P T	<input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale	<input type="checkbox"/> Réhausse WC <input type="checkbox"/> Barre d'appui	
	S P T	Particularité : .....		
<b>Appareillage</b>	S P T	<input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne		
	S P T	<input type="checkbox"/> Descriptif : .....		
<b>Sommeil</b>	S P T	<input type="checkbox"/>		
	S P T	Descriptif : .....		
<b>Communication</b>	S P T	Verbale	<input type="checkbox"/> Synthèse vocale (type) : .....	
	S P T	Non verbale	<input type="checkbox"/> Grille/code de communication (détail) : .....	
	S P T	Ecrite	<input type="checkbox"/> Autre (détail) : .....	
<b>Compréhension</b>	S P T	Orale		
	S P T	Ecrite	<input type="checkbox"/> Particularités : .....	

Date :

Nom et signature :

Nom du candidat : .....

## **7- INFORMATIONS PSYCHOLOGIQUES**

*(A compléter par le Psychologue)*

Nous souhaitons recevoir une information aussi précise que possible sur le plan psychologique afin de mieux définir le projet individuel de l'enfant ou du jeune.

Pour cela, la connaissance de l'effcience intellectuelle, ainsi que celle des grandes lignes du développement psycho-affectif et des éventuels problèmes de comportement est indispensable, ce qui suppose que soit pratiqué un examen psychologique aussi complet que possible (soit dans le cadre de l'établissement fréquenté actuellement, soit dans des organismes tels que CMPP, CAPP, RAS...)

Naturellement, les difficultés psychologiques spécifiques au handicap ne constituent pas un obstacle majeur à la prise en charge de l'enfant ou du jeune.

### **A – Caractère et comportement Prises en charge antérieures ou en cours éventuelles :**

.....

.....

.....

.....

### **B – Caractère et comportement :**

.....

.....

.....

.....

### **C – Place de prend l'enfant dans sa famille :**

.....

.....

.....

.....

### **D– Maturation affective, degré d'autonomie**

.....

.....

.....

.....

Nom du candidat : .....

<b>E – Appréciation clinique globale</b>	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<b>F – Evaluation de l’efficience intellectuelle</b>	
Test (s) pratiqué (s) :	Date
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Résultats et interprétation :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Difficultés spécifiques :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Avez-vous des informations plus confidentielles pour lesquelles vous aimeriez que nous vous contactions directement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Document rempli par (Nom, adresse, téléphone et jours d’appel) :	
<p>.....</p> <p>.....</p>	

Date :

Nom et signature :

Nom du candidat : .....

## 8- DOSSIER MEDICAL

(A remplir par le médecin)

### COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL : ..... FAX : ..... EMAIL : .....

Nom du jeune :	Prénom du jeune :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Taille :	Poids :

### Diagnostic et état actuel en quelques lignes

.....

.....

.....

### Projets chirurgicaux à court ou moyen terme

.....

.....

.....

### Service hospitalier qui suit le jeune

.....

.....

.....

### Prises en charge spécifiques

ORL :

OPHTALMOLOGIE :

DENTISTE :

Nom du candidat : .....

<b><u>SOINS : type, fréquence...</u></b>		<b><i>Partie remplie par le médecin du Centre médico-social Lecourbe</i></b>	
		<b>SOINS :</b>	
<b><u>TRAITEMENT</u></b>			
<b><u>SUIVI RESPIRATOIRE</u></b>			
<b>REEDUCATION</b>		<b>REEDUCATION :</b>	
<input type="checkbox"/> Institutionnel	<b>Fréquence</b>		
<input type="checkbox"/> Domicile	(nbre de séances /semaine)		
<input type="checkbox"/> Libéraux			
<b>Kinésithérapie</b>			
<b>Ergothérapie</b>			
<b>Psychomotricité</b>			
<b>Orthophonie</b>			
<b>Orthoptie</b>			
<b>Neuropsychologie</b>			
<b>Psychologie</b>			
<b>Autres (préciser)</b>			

❖ **Nom et adresse du médecin ayant rempli ce questionnaire**

Nom : ..... Prénom: ..... Qualité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Fait à : ..... Le : .....

Cachet et Signature :