

# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social



12693\*01

## 1 – Identification de la demande

- Prise en charge médico-sociale
- Orientation scolaire
- Maintien en établissement pour enfants pour un jeune de + de 20 ans - Amendement CRETON
- AVS (auxiliaire de vie scolaire)
- AVU (auxiliaire de vie universitaire)
- Matériel pédagogique adapté
- Aménagement d'examen ou concours

Précisez l'examen ou le concours : \_\_\_\_\_

- Aménagement de scolarité (dispense de 2<sup>ème</sup> langue vivante...)
- Transport scolaire
- Autre demande \_\_\_\_\_

Première demande

Ré-examen

Renouvellement – date d'échéance : | | | | | | | | | |

Si renouvellement ou ré-examen, précisez le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

## 2 – Identifiez l'enfant ou le jeune concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) : | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3 – Précisez votre demande (facultatif)

En cas d'orientation scolaire ou de prise en charge médico-sociale, précisez quel(s) type(s) d'établissement(s) ou de service (*possibilité de cocher plusieurs cases*)

- Classe ordinaire
- CLIS - Classes d'Intégration Scolaire
- UPI - Unité Pédagogique d'Intégration
- Service médico-social  
(SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS ...)

Préciser le régime :

- en internat complet
- en internat de semaine
- en semi-internat ou externat
- en accueil temporaire
- accompagnement par un service  
(SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS ...)

Avez-vous une préférence pour un établissement, précisez l'adresse :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : | | | | | | Commune : \_\_\_\_\_



## Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

► **Votre enfant bénéficie-t-il d'autres types d'accompagnement ? (exemple CMP, CMPP, CAMSP, libéral...)**

OUI     NON

**Précisez le nom et l'adresse de ce(s) professionnel(s) ou de cet(s) établissement(s) :**

**a**•Nom : \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :  Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**b**•Nom : \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :  Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**c**•Nom : \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :  Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**d**•Nom : \_\_\_\_\_

Nature de l'accompagnement : \_\_\_\_\_

Depuis le :

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :  Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

### 5 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée  
 Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

### 6 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : | | | | | | | | | |

Signature du représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles*).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

## Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

### 7 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

- Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois
- Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen\* :**  
Photocopie lisible :  de la carte nationale d'identité  
 *ou* du livret de famille  
 *ou* du passeport  
 *ou* un extrait d'acte de naissance
- Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen\* :**  
Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité
- Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**  
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice
- Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

\* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.