



Dossier d'Admission

Institut Médico- Professionnel

Vous trouverez ci-après le détail des pièces administratives à nous faire parvenir pour la constitution du dossier de votre enfant et son admission au sein de notre établissement :

- Assurance scolaire pour l'année scolaire en cours ;
- Attestation de responsabilité civile **à jour et en cours de validité** ;
- 1 photocopie de l'attestation d'assuré(e) social(e) sur laquelle figure votre enfant, **à jour et en cours de validité** ;
- 1 photocopie de la Carte Vitale sur laquelle est inscrit votre enfant (si votre enfant dispose lui-même d'une Carte Vitale, merci de nous la faire parvenir) ;
- 1 photocopie de la mutuelle sur laquelle figure votre enfant, **à jour et en cours de validité** ;
- 1 photocopie de son carnet de vaccination, **à jour** ;
- 1 ordonnance médicale du traitement de votre enfant (le cas échéant) établie par son médecin traitant, pour une durée minimale d'un mois ;
- 1 photocopie de sa Carte Nationale d'Identité, recto/verso ;
- 10,- € pour la carte de membre de « *l'Association du CAT d'Albestroff* » ;
- 15,- € de roulement d'argent de poche (*facultatif*), ainsi qu'une trousse et un carnet de la même taille pour comptabiliser cet argent de poche ;
- 40,- € de caution pour le jeu de 3 clés de chambre sécurisées (chèque ou liquide) ;
- 4 photos d'identité **récentes** et répondant aux normes en vigueur.

Merci de nous faire parvenir l'ensemble de ces documents avec le présent dossier d'admission, à l'adresse suivante :

EPSMS du Saulnois
IMPro
Lieu-dit « Sainte-Anne »
57670 ALBESTROFF

IMPORTANT : Sans la totalité de ces pièces, nous ne pourrons procéder à l'accueil de votre enfant.

I. Renseignements Administratifs

Le père	1-A
----------------	-----

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Profession :

Tél. fixe* : Mobile* :

Adresse email* : @

Numéro de Sécurité Sociale :

La mère	1-B
----------------	-----

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Profession :

Tél. fixe* : Mobile* :

Adresse email* : @

Numéro de Sécurité Sociale :

Nota : si les parents sont divorcés, merci de nous fournir un duplicata de tout jugement en lien avec les droits de garde et la séparation.

* **IMPORTANT** : vous devez **impérativement** fournir un numéro de téléphone valide et opérationnel permettant de vous joindre en cas d'urgence. Vous autorisez également l'EPSMS du Saulnois à utiliser votre adresse de courriel pour toute correspondance.

L'adolescent

1-C

Nom :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : / / à

Lieu de résidence :

*(où l'adolescent devra être déposé et recherché
lors des circuits allers et retours en famille)* domicile des parents domicile du père domicile de la mère garde alternéeSi les droits de visite et d'hébergement sont réservés par une décision émanant du Juge des Enfants (notamment au titre des articles 375 et suivant du Code Civil), veuillez cocher cette case, et vous reporter à la section 1-G (*Mesure de placement*) pour de plus amples détails : _____ **Prise en Charge MDPH**

1-D

Date de début et de fin de prise en charge : / / au / /

Percevez-vous l'AEEH ?

 Oui Non**IMPORTANT** : n'oubliez pas de nous fournir une copie de la notification MDPH.**La Fratrie**

1-E

Nom - Prénom	Date de naissance	Établissement / Classe fréquentée

IMPORTANT : merci de compléter le tableau selon l'ordre de naissance des enfants au sein de la fratrie.

Sécurité Sociale

1-F

Organisme de prise en charge :

Mutuelle complémentaire :

Complémentaire Santé Solidaire : Oui Non

Si oui, échéance des droits :

Médecin traitant (*obligatoire*) :

Adresse :

Mesure de placement

1-G

Une mesure de placement au titre de la Protection de l'Enfance / l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou un service tiers est-elle actuellement en vigueur ? Si oui, merci d'indiquer quel service en exerce la responsabilité, ainsi que les noms et prénoms du référent chargé de l'accompagnement.

Vous veillerez également à nous fournir un duplicata du jugement par lequel la mesure de placement s'exerce.

Placement Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : Oui Non

Mesure de suivi à domicile (AED, AEMO, SERAD, etc.) : Oui Non

Précisez :

Unité / Service(s) en charge de la mesure :

Nom et prénom du référent :

Les parents sont-ils détenteurs de l'autorité parentale ? Oui Non

Sinon, merci d'en identifier le détenteur :

.....

Établissement Précédent

1-H

Pour nous permettre un suivi efficace de votre enfant (transmission de son dossier scolaire, médical et/ou éducatif), merci de nous indiquer le nom de l'établissement qu'il fréquentait avant son orientation à l'IMPro de l'EPSMS du Saulnois.

Dénomination (IME, MECS, ULIS, SEGPA, etc.) :

Nom :

Adresse :

.....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. Renseignements Médicaux

Informations Médicales

2-A

Votre enfant est-il allergique ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer la nature exacte de son allergie :

.....

.....

.....

Votre enfant est-il suivi par un(e) diététicien(ne) ? Oui Non

Votre enfant est-il épileptique ? Oui Non

Votre enfant est-il énurétique / encoprétique ? Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement au long cours ? Oui Non

Si oui, merci d'en préciser la nature (dénomination commerciale / molécule et posologie) :

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi par un ergothérapeute ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le professionnel chargé du suivi :

Fait à

Le

*Signature(s) du ou des représentant(s)
légal(aux) de l'adolescent*



Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Domicilié(e) :

Agissant en qualité de responsable légal, autorise l'Institut Médico-Professionnel (IMPro) des Établissements « Sainte-Anne » d'Albestroff – 57670 ALBESTROFF, à faire donner tous les soins médicaux, chirurgicaux ou spécialisés qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection ou trouble, après consultation d'un praticien, au mineur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone (*obligatoire*) :

Fait à :

Le :

*Signature du représentant légal
précédée de la mention « lu et approuvé »*

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Domicilié(e) :

Agissant en qualité de responsable légal du jeune :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Accueilli(e) à l'Institut Médico-Professionnel (IMPro) des Établissements « Sainte-Anne » d'Albestroff – 57670 ALBESTROFF

■ Déclare autoriser le représentant légal de l'établissement, ainsi que ses établissements rattachés :

à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités de l'établissement. *

à reproduire et diffuser ces images sur les supports suivants : papier, CD-Rom, DVD, site Internet, réseaux sociaux et objets de communication vers l'extérieur (plaquette, livret d'accueil, pochette, etc.). *

Cette autorisation d'exploitation de l'image est consentie sans aucune contrepartie financière ou matérielle. Je la délivre à titre totalement gratuit et pour une période indéterminée.

■ Déclare refuser :

de photographier ou filmer mon enfant. *

* *Cocher les cases.*

Fait à :

Le :

*Signature du représentant légal
précédée de la mention « lu et approuvé »*