

Dossier d'inscription DIME - Association Les Genêts d'Or

Accueil de Jour (IME)/Hébergement/Prestations Milieu Ordinaire (SESSAD)

Ce dossier comprend :

- La liste des documents qui doivent être joints au dossier ;
- Le dossier de demande d'inscription à compléter.

Je souhaiterais un accompagnement par (je coche la case qui correspond à mon souhait) :

- le DIME du Véléry** (8 Rue de la hauteière, 29600 Plourin-les-Morlaix)
- le DIME Rosbriant** (86 route de Landudal, 29510 Briec-de-l'Odet)
- le DIME de Plabennec** (Impasse de Kervéguen, 29860 Plabennec)



LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Nous vous remercions de joindre impérativement au dossier complété les documents suivants :

- Copie de la notification MDPH : Orientation en IME/SESSAD ou DIME en cours de validité ;
- Les évaluations en cours, projets, documents de l'établissement d'origine ;
- L'évaluation GEVA-Sco, le cas échéant ;
- Une pièce d'identité ou passeport en cours de validité ou à défaut copie du livret de famille ou figure l'enfant ;
- L'attestation de droit à l'assurance maladie.



DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Identité de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de Naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse de référence de l'enfant : _____

Tél : _____ Mail : _____ @ _____

Situation de l'enfant

Parent 1 :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____ @ _____

Autorité parentale :

Parent 2 :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____ @ _____

Autorité parentale :

Représentant légal : Parent 1 Parent 2 autre (préciser ci-dessous)

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____ @ _____



Famille d'accueil (si concerné) et/ou autre modalité d'accueil :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____@_____

Depuis le : _____

Fratricie :

- Nom et prénom : _____ Age : _____

Adresse (si différente) : _____

- Nom et prénom : _____ Age : _____

Adresse (si différente) : _____

- Nom et prénom : _____ Age : _____

Adresse (si différente) : _____

- Nom et prénom : _____ Age : _____

Adresse (si différente) : _____

SITUATION DE L'ENFANT	
<p>➤ Scolarité : classe fréquentée, AESH, Dispositif, ULIS, RASED... Adresses, noms des intervenants, fréquence des suivis.</p> <p>Les autres aménagements existants (ex : emploi du temps, ordinateur, fauteuil, aménagement d'examen...)</p>	
<p>➤ Périscolaire (garderie, centre de loisirs, restauration scolaire)</p>	
<p>➤ Suivi médical et paramédical en établissement (CAMSP CMPP...) Adresses, noms des intervenants, fréquence des suivis.</p> <p>Les adaptations mises en place :</p>	

<p>➤ Suivi médical et paramédical en libéral (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie...) :</p> <p>Adresses, noms des intervenants, fréquence des suivis.</p> <p>Les adaptations mises en place :</p>	
<p>➤ Éléments médicaux que vous souhaitez transmettre :</p> <p>Par exemple : Médecin traitant, traitement, épilepsie, diabète ?</p>	
<p>➤ Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervenants à domicile, - séjours de répit - suivis éducatifs en libéral, - autre intervenant social (ASE, CDAS, service de protection des majeurs...) <p>Adresses, noms des intervenants, fréquence des suivis.</p>	



PARCOURS ANTÉRIEUR	
Scolarité	
Secteur sanitaire	
Suivi par un praticien en libéral	
Autres	

Les éléments complémentaires pour mieux comprendre le parcours de vie :



Personne à contacter si besoin de renseignement complémentaire

Vos attentes

Le Régime d'accueil au DIME - Association Les Genêts d'Or que je souhaiterais (Je coche la case qui correspond à mon souhait) :

1. **Accueil de jour** (de 9h à 16h30, nuit au domicile) :

2. **Internat :**

Internat de semaine (du lundi au jeudi) :

nombre de nuit(s) souhaité :

Internat les week-ends :

Internat les vacances scolaires :

3. **Prestations Milieu Ordinaire /SESSAD** :

Fait à : _____ le : _____

Signature(s) du ou des représentants légaux :