ABSA
Association de Bienfaisance de Sèvres-Anxaumont

IME
ABSA de Moulins

# Fiche Rentrée

Photo D'identité récente du jeune inscrit à l'IME

Si modifications, merci de les effectuer au **crayon rouge en MAJUSCULE** et de compléter les éléments surlignés en jaune et non remplis- Informations importantes pour l'IME-merci

***Rentrée de 2023-2024***

*Parents – Mère – Père – Tuteur légal*

**Fiche signalétique enfant – groupe _____**

## a- Identité

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **à** : ..... Département : .....

**Age en 2023 :** .....

**Nationalité :** .....

**Adresse CP Ville :** .....

**Tél portable du jeune :** .....

**Etablissement *fréquenté avant l'entrée à l'I.M.E.* :** .....

**Classe/niveau suivi :** .....

## b- Régime d'accueil

- ☐ Semi (½ pensionnaire)
- ☐ Semi + Placement Familial IME
- ☐ Semi + Placement Familial ASE *(remplir la partie ci-dessous)*
- ☐ Internat
- ☐ Internat Appartement

### Famille d'accueil ASE

**Nom et prénom de l'accueillant :** .....

**Adresse de la famille d'accueil :** .....

**Téléphone :** .....

**Adresse mail :** .....

## Composition de la famille du Jeune

### a- Parents

**Le père : Nom et prénom :** ……

**Date de naissance :** …… **à :** …… Département : ……

**Domicile :** ……

**Téléphone :** ……

**Adresse mail** : ……

**Situation professionnelle :** ……

**La mère : Nom et prénom :** ……

**Date de naissance :** …… **à :** …… Département : ……

**Domicile :** ……

**Téléphone :** ……

**Adresse mail** : ……

**Situation professionnelle :** ……

☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Concubinage

☐ Séparé – en cours de séparation ou divorcé *(rayer la mention inutile)

**joindre le(s) jugement(s) pour la garde des enfants*

### b- La fratrie-*joindre une copie du livret de famille complet si non fournie l'année dernière*

**Nombre total d'enfants :** ……(Inscrit(s) à l'Etat Civil) - **Rang dans la fratrie :** ……..

| | Nom prénom | Lien avec le jeune de l'IME | Date de naissance | Etablissement fréquenté |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

*(Indiquer les frères et sœurs, et situer l'enfant venant à l'IME à sa place)*

Autres personnes vivant avec la famille : ……

L'enfant vit-il au sein de sa famille ? : Oui – Non *(rayer la mention inutile)*

Sinon, précisez sa situation : ……

*Tous ces éléments nous sont indispensables, merci de compléter toutes ces informations.*

## Mode administratif de prise en charge

**a- Organismes prestataires (dont dépend le jeune)** – *joindre attestation sécurité et mutuelle*

**Nom et Prénom de l'assuré :** ……

**N° Sécurité Sociale :** ……

**Nom et adresse de <u>la Caisse d'Assurance Maladie (dont dépend l'enfant)</u> :**

……

**Nom et adresse de <u>la Mutuelle complémentaire</u> :**

……

b- **Assurance Scolaire ou Responsabilité Civile** (rayer la mention inutile)

*Joindre une copie 2023-2024*

Nom de la ou des personnes assurant la responsabilité du jeune : ……

**Nom** : ……

**N° de la Police** : …… Date de fin : ……

**c- Dossier CAF**

**N° C.A.F. :** ……

**Nom de l'allocataire :** ……

☐ J'autorise l'établissement à communiquer mes coordonnées aux membres élus du CVS