# Fiche de Rentrée SESSAD

Photo d'identité

***Année scolaire :*** _____

## Fiche signalétique de la personne accueillie

**a- Identité**

**Nom et prénom :** _____

**Date de naissance :**_____**à :** _____**dépt :**_____ **Age** :_____

**Nationalité :** _____

**Adresse cp ville :** _____

**☎ du jeune :** _____

**Mail du jeune :** _____

**Etablissement** *fréquenté avant l'admission au SESSAD :* _____

## Mode administratif de prise en charge

***a- Organismes prestataires : (joindre la copie de l'attestation sécurité sociale ou CMU, carte mutuelle)***

**Nom et Prénom de l'assuré :** _____

**N° Sécurité Sociale :** _____

**Nom et ville de la Caisse d'Assurance Maladie :**_____

**N° CAF et nom de l'allocataire :** _____

**Nom et adresse de la Mutuelle complémentaire :** _____

**b - Dossier M.D.P.H. (joindre copies des notifications)**

**Référence du dossier :**_____**Orientation SESSAD : du**_____**au**_____

**Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (R.Q.T.H.) : du**_____**au**_____

**c - Assurance scolaire ou responsabilité civile** (rayer la mention inutile) – joindre la copie

Nom de la ou des personnes assurant la responsabilité de l'usager : _____

**Nom** ..... **N° de la Police** .....

ABSA - SESSAD
19 Rue Alphonse Daudet – Appt 1468 15ième étage 86000 POITIERS
Tél : 06.01.17.64.66 / 05.49.11.72.89
SIRET : 781 580 246 00010 APE : 8710B

## Composition de la famille de la personne accueillie

### a- Parents

**Le père : Nom et prénom :**_____

**Adresse :**_____

**Téléphone :**_____

**@ :**_____

**Situation professionnelle :**_____

**La mère : Nom et prénom :**_____

**Adresse :**_____

**Téléphone :**_____

**@ :**_____

**Situation professionnelle :**_____

### b- La fratrie

**Nombre total d'enfants :**☐☐ (enfant(s) inscrit(s) à l'Etat Civil) - **Rang dans la fratrie :** _____

| | Nom Prénom | Date de naissance | Etablissement fréquenté |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

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

La personne accueillie vit-elle au sein de sa famille ? : oui – non

Sinon, précisez sa situation :_____

### c- Famille d'Accueil ASE

**Nom et prénom de l'accueillant**_____

**adresse de la famille d'accueil** _____

**Téléphone :** _____

**Adresse mail :** _____

## Intervenants Sociaux

- Educateur référent précédent Oui Non

  Si oui, précisez le nom de la personne :_____

  et le service :_____

  Contact téléphonique : _____

- Educateur A.S.E.* Oui Non

  Si oui, précisez le nom de la personne :_____

  et le service :_____

  Contact téléphonique : _____

- Tutelle* Oui Non

  Si oui, précisez le nom de la personne :_____

  et le service :_____

  Contact téléphonique : _____

- Assistante Sociale Oui Non

  Si oui, précisez le nom de la personne :_____

  et le service :_____

  Contact téléphonique : _____

- Autres intervenants* Oui Non

  Si oui, lesquels_____

## Expériences Professionnelles

Joindre un Curriculum Vitae (C.V.) et copies des conventions de stages

## Informations Complémentaires

☐ ASSR 1 ☐ ASSR 2 ☐ BSR ☐ Permis de conduire

Moyens de déplacement : ☐ Transports en commun ☐ Bicyclette
☐ Scooter, Moto ☐Voiture

Traitement médical :

Allergies ou contre-indication médicale :

Autres informations utiles :

## Attentes de l'usager et/ou de sa famille