

Fiche contact

Année scolaire : 202__ - 202__

Fiche signalétique de l'utilisateur

a- Identité

Nom et prénom : _____

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

Nationalité : _____

Adresse CP ville : _____

☎ de l'utilisateur : _____

Mail de l'utilisateur : _____

Mode administratif de prise en charge

a - 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 _____

b - Responsabilité civile – joindre la copie

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

Nom N° de la Police

Composition de la famille de la personne accueillie

a- Parents (partie à renseigner pour les mineurs) et/ou représentant légal

Parent 1 : Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

@ : _____

Situation professionnelle : _____

Parent 2 : Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

@ : _____

Situation professionnelle : _____

Le représentant légal :

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** : _____

La personne accueillie vit-elle au sein de sa famille ? : Oui Non

Sinon, précisez sa situation : _____

Soins en cours

Oui

Non

Si oui :

Psychologue : nom _____ tél : _____

Orthophoniste : nom _____ tél : _____

Psychomotricienne : nom _____ tél : _____

Médecin psychiatre : nom _____ tél : _____

Autres soins et précisez _____

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 : _____
- ◆ Mandataire judiciaire (tutelle/curatelle)* 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 : _____
- ◆ Mission locale/France travail/CAP emploi* Oui Non
Si oui, lesquels _____
Suivi par _____

Informations Complémentaires

- ASSR 1 ASSR 2 Permis AM (BSR)
- Code de la route en cours Permis de conduire (boîte auto ou manuelle)
- Avez-vous un véhicule à votre disposition Oui Non

Moyens de déplacement :

- Transports en commun Bicyclette Train
 - Scooter, Moto Voiture
- } Seul(e)
 Accompagné(e)

Traitement médical :

Allergies ou contre-indication médicale :

Autres informations utiles :

Suivi scolaire ou formations

Année	Etablissements	Scolarité ou formations	Suivi (SESSAD-AVS-ULIS + réf. handicap.....)	Informations complémentaires

Etablissement fréquenté avant l'admission au SESSAD : _____

Emplois recherchés ou désirs professionnels sur le long terme : _____

Attentes de l'utilisateur

- Attentes sur la vie professionnelle
- Attentes sur la vie sociale
- Centres d'intérêts (loisirs, sports, ...)
- Autres précisez :

Attentes de sa famille

Besoins par rapport au SESSAD

Par qui êtes-vous orientés ?

Autres informations à nous communiquer :