



DEMANDE RELATIVE A L'ORIENTATION ET A LA SCOLARISATION POUR UN ENFANT HANDICAPE.

Identification de l'enfant ou du jeune :

Nom : Prénom :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale de l'assuré(e) :

Identification de la demande :

- Orientation vers un établissement ou service médico-social.
- Orientation en milieu ordinaire.
- Maintien amendement Creton.
- Auxiliaire de Vie Scolaire.
- Matériel pédagogique adapté.
- Transport scolaire.

En cas d'orientation, précisez votre demande :

- EGPA
- CLIS
- UPI
- Service médico-social (SESSAD,)
- Etablissement médico-social : IME, ITEP, IEM,)
 - En internat
 - En semi-internat
 - En accueil temporaire

Si vous avez une préférence, précisez le nom et l'adresse :

.....
.....

Situation actuelle de l'enfant ou du jeune :

- Etablissement scolaire ou médico-social fréquenté :
Nom :

.....

N° : Rue :

Code postal : Commune :

Niveau de classe : Durée hebdomadaire de fréquentation :

- Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge spécialisée de type SESSAD ou autre (CMP, HJ, CMPP, CAMSP, libéral) ?

Précisez le nom et l'adresse de cet(s) établissement(s) ou de ce(s) professionnel(s) :

Nom : Nature de la prise en charge :

N° : Rue :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Nom : Nature de la prise en charge :

N° : Rue :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Signatures des responsables légaux