

IEM FP LA GRILLONNAIS

2, rue de la Croix des Fosses

44115 BASSE-GOULAIN

Tél. : 02 40 03 56 66

Fax : 02 40 06 09 36

Photo
obligatoire

DOSSIER DE CANDIDATURE

N° _____

NOM : _____

Prénoms : _____

Sexe : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Adresse : _____

**NOM et ADRESSE du service actuel ou
de la structure d'accueil actuelle:**

Au verso de cette chemise, les étapes de l'admission

.../...

CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Pour toute demande d'admission à l'IEM FP "La Grillonnais", il est nécessaire de :

⇒ **remplir et renvoyer les pièces suivantes** :

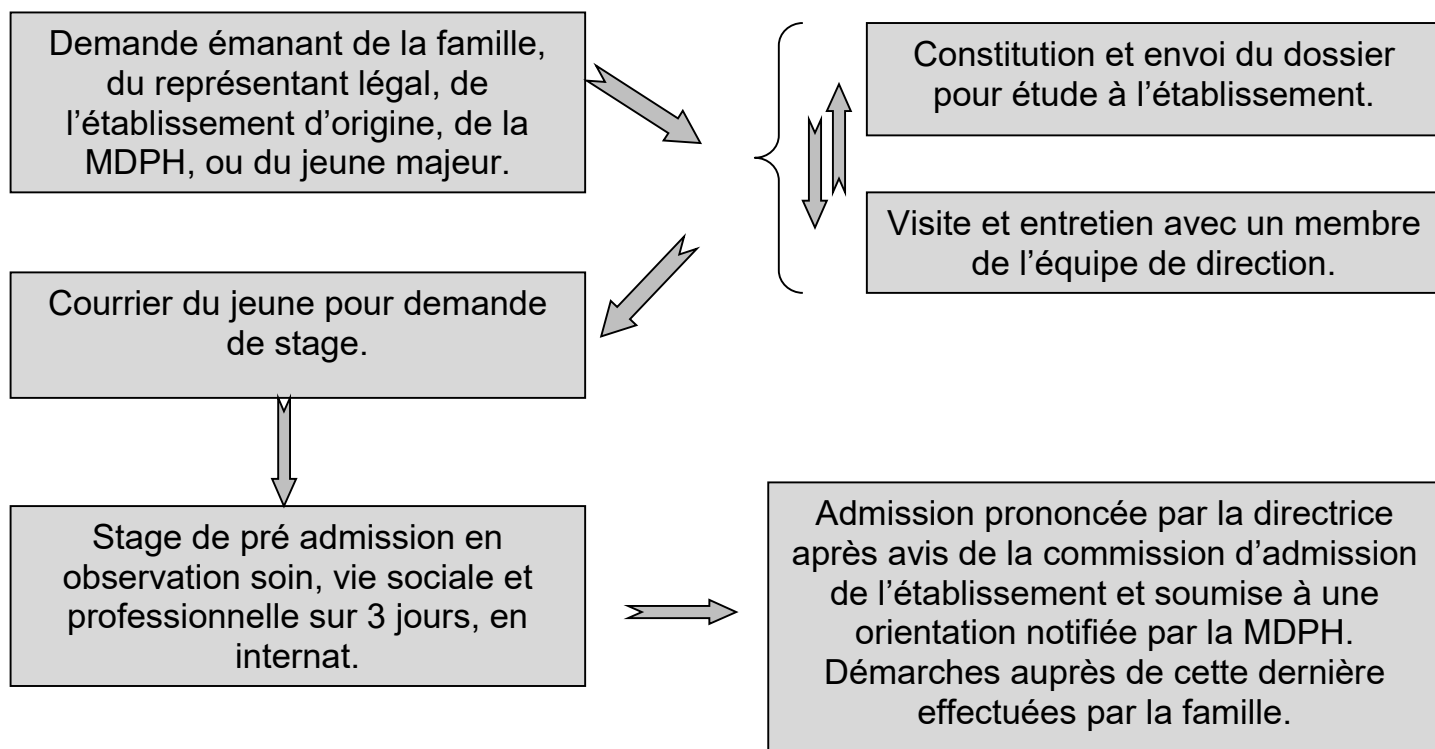
- Fiche N° 1 Renseignements sociaux,
- Fiche N° 2 Renseignements médicaux, à remplir par le médecin,
- Fiche N° 3 Renseignements scolaires, à remplir par les enseignants,
- Fiche N° 4 Compte rendu psychologique, à remplir par un psychologue,
- Fiche N° 5 Compte rendu éducatif, à remplir par le service éducatif,
- Fiche N° 6 Renseignements « autonomie fonctionnelle ».

Possibilité de joindre des bilans complémentaires (rééducations, ...).

⇒ **transmettre le courrier du jeune de demande de stage de pré-admission**, en vue d'une future admission, dans l'établissement.

Au verso de cette chemise, les étapes de l'admission

LES ETAPES DE L'ADMISSION





INSTITUT D'ÉDUCATION MOTRICE ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE LA GRILLONNAIS

NOTE D'INFORMATION – VIA TRAJECTOIRE

Depuis 2015, le Département et la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH) de Loire-Atlantique ont développé conjointement un outil de suivi des décisions d'orientation.

Cet outil résulte de l'engagement de l'ensemble des acteurs du territoire à investir les questions liées au suivi des parcours, à la connaissance des besoins d'accompagnement et à la régulation de l'offre médico-sociale.

La création de Via Trajectoire résulte du déploiement d'un système d'information de suivi des orientations, porté par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Via Trajectoire facilitera la gestion des listes d'attente et les échanges entre les établissements et services médico-sociaux de la MDPH.

Le module Handicap de Via Trajectoire permet de gérer et de suivre les demandes vers les établissements et services d'accompagnement des personnes en situation de handicap. C'est un observatoire statistique de l'offre et de la demande.

De fait, les établissements comme le nôtre ont l'obligation de renseigner cet outil qu'est Via Trajectoire.

C'est pourquoi, nous vous demandons, si votre fils/fille a déjà une notification MDPH d'orientation IEM en cours de validité, de nous la communiquer en retour avec le dossier de candidature dûment complété.

La Directrice,

Sophie RECOQUILLÉ

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

NOM : **Prénom :**
Né(e) le : **à :** **Nationalité :**
Adresse :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

PÈRE

NOM : **Prénom :**
Date de naissance : **Lieu de naissance :**
Adresse :
Tél. domicile : **Tél. portable :**
Profession :
Nom, adresse et téléphone de l'employeur :
 **Tél. :**

MÈRE

NOM D'USAGE : **Prénom :**
NOM de NAISSANCE :
Date de naissance : **Lieu de naissance :**
Adresse :
Tél. domicile : **Tél. portable :**
Profession :
Nom, adresse et téléphone de l'employeur :
 **Tél. :**

AUTORITE PARENTALE détenue par → (cocher la case)

mère et père conjointement - mère - père - tuteur : Préciser :

Si intervention d'un service de protection de l'enfance, indiquer les coordonnées :

FRATRIE → (y compris le jeune)

NOM - Prénom	Date naissance	Ecole ou Profession

SITUATION ADMINISTRATIVE

ASSURÉ SOCIAL : N° immatriculation :

Nom, adresse et téléphone de la Caisse :

Nom, adresse et téléphone de la Mutuelle :

Le candidat bénéficie-t-il de l'exonération du ticket modérateur ? OUI NON

PRESTATIONS FAMILIALES

Nom de l'Allocataire : N°Allocataire :

Nom, adresse et téléphone de la Caisse :

DOSSIER M.D.P.H.

(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

N° DOSSIER :

Carte invalidité (*) OUI NON échéance :

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (*) OUI NON échéance :

Complément (*) 1 2 3 4 échéance :

Prestation de Compensation (PCH) Aide Humaine (*) OUI NON échéance :

(*) entourer les réponses

CURSUS SCOLAIRE ET/OU PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Ecole ou structure spécialisée	Date de début	Date de fin

Niveau scolaire :

Acceptez-vous que nous transmettions la copie des courriers que nous vous adressons concernant le suivi de votre demande de candidature dans notre établissement à :

- la structure d'accueil actuelle : OUI NON

- l'établissement scolaire si pas de structure d'accueil : OUI NON

- la MDPH de votre département : OUI NON

A le

Signature des parents et / ou du représentant légal

Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle
"La Grillonnais"

2, rue de la Croix des Fosses

44115 BASSE GOULAIN

Fiche N°2

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM : _____ Prénom : _____

DDN : _____ Lieu du domicile : _____

DIAGNOSTIC principal : _____

DIAGNOSTICS associés : _____

Histoire du handicap (suivi, bilans) : _____

ATCD (médicaux, chirurgicaux, allergies) : _____

Fonction Motrice

Mode de déplacement (à pied avec ou sans aide technique, FRM, FRE +/- appareillage) :

En intérieur : _____ en extérieur : _____

Périmètre de marche : _____

Montée/descente des escaliers : OUI NON Chutes : OUI NON

Capacités membres supérieurs :

Latéralité : _____ Mouvements anormaux ? : _____

Liste des appareillages

Nom appareilleur, date de livraison :

- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Liste des aides techniques

Date d'acquisition

- _____	- _____
- _____	- _____

Niveau autonomie gestes de vie quotidienne : _____

Fonction cognitive

Niveau scolaire : _____

Diagnostic/bilans (dates) :

- Orthophonie : _____

- Psychomotricité : _____

- Ergothérapie : _____

- Neuropsychologue (WISC, ...) : _____

Etat Général (problématique/suivis particuliers)

- Orthopédique (scoliose,...) : _____

- Neurologique (épilepsie,...) : _____

- Psychique/Comportement : _____

- Respiratoire (SAS, asthme,...) : _____

- ORL : _____

- Cardiaque : _____

- Endocrinien (Diabète, dysthyroïdie,...) : _____

- Urologique (vessie neurologique, énurésie,...) : _____

- Digestif (constipation, RGO,...) : _____

- Visuel : _____

- Auditif : _____

Traitement en cours

Rééducations en cours

Médecins du suivi

Médecin Traitant : _____

Médecins spécialistes :

- _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____

Nom médecin : _____

Tampon et signature :

Le : _____

N'hésitez pas à joindre des synthèses ou CR médicaux précisant les informations sus-demandées.

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

PARCOURS SCOLAIRE

Etablissement (Nom et adresse) : _____

Dernière classe suivie : _____

Année scolaire	Classes ou dispositifs (préciser les temps partagés, inclusions, ...)	Etablissements fréquentés
20 /20		
20 /20		
20 /20		
20 /20		
20 /20		
20 /20		

Diplômes obtenus (ou en cours) : _____

Documents à fournir :

- Copie du Livret Personnel de Compétences (LPC),
- Copie du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) ou compte rendu d'Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS),
- Copie des bulletins scolaires.

COMPETENCES SCOLAIRES

Niveau global (palier ou autre...) : _____

Pour chaque domaine, entourer le palier correspondant au niveau de l'élève et noter vos observations (réussites, difficultés, adaptations, ...).

La maîtrise de la langue française

Palier	1	2	3
--------	---	---	---

Observations :

-
.....
- Lecture-compréhension de textes variés :
 - Expression écrite :
 - Expression orale :
 - Orthographe et grammaire :
 - Vocabulaire :

Langue(s) vivante(s) étrangère(s)

Langue(s) (à préciser)			
Niveau européen			

Observations :

.....
.....

Les principaux éléments de mathématiques et la culture scientifique et technologique

Palier	1	2	3
--------	---	---	---

Observations :

.....
.....

- Nombres et calcul (numération, techniques opératoires, sens opératoire, ordre de grandeur des résultats...) :
- Géométrie :
- Grandeurs et mesures :
- Organisation et gestion de données (proportionnalité, problèmes à étapes...) :

La maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication

B2I :

Observations :

La culture humaniste

Palier	1	2	3
--------	---	---	---

Observations :

Les compétences sociales et civiques et l'autonomie et l'initiative

Observations :

- Autonomie dans son travail (capacité à travailler seul) :
- Travail en équipe:
- Attention :

- Méthode :
- Rythme :
- Mémorisation :
- Participation :
- Engagement dans un projet (construire un exposé, rechercher un stage) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Domaines de réussite :

Difficultés :

Troubles des apprentissages :

Adaptations (ordinateur, logiciels, police et taille de caractère, outils, AVS -préciser le temps et la mission-, ...):

Quel est le projet scolaire de l'élève ? (domaines d'apprentissage, recherche d'orientation professionnelle, formation, ...)

Selon vous, par quels moyens l'élève peut-il progresser ?

<p>NOM et qualité du rédacteur</p>

A _____ le _____
Signature



Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle

"La Grillonnais"

2, rue de la Croix des Fosses

44115 BASSE GOULAIN

Fiche N°4

A REMPLIR PAR UN PSYCHOLOGUE

COMPTE-RENDU PSYCHOLOGIQUE

NOM :

Prénom :

Anamnèse :

Structure et symptômes :

Evaluations psychométriques et/ou neuropsychologiques :

OUI (à verser au dossier)

NON

Suivis actuels et antérieurs :

NOM et qualité
du rédacteur

A _____ le _____
Signature

RENSEIGNEMENTS « AUTONOMIE AU QUOTIDIEN »

NOM, Prénoms :

Afin de mieux accueillir les jeunes en stage et de permettre un déroulement dans des conditions favorables, nous vous demandons de remplir ce questionnaire le plus justement possible. Merci.

Rempli le _____ par : le jeune la famille un professionnel
lequel : _____

Mode de déplacement :

Marche : Oui Non Franchit 1 marche
Sans aide Avec aide : 1 ou 2 cannes Déambulateur Autre
En fauteuil manuel : usage permanent occasionnel
En fauteuil électrique : usage permanent occasionnel
Déplacement extérieur : Facile Difficile Aidé

Vie quotidienne :

	Possible	Difficile	Impossible	Aide-humaine ou aide-technique	Observations
Communication (parler, entendre, voir)					
Réaliser les transferts : fauteuil roulant/lit fauteuil roulant/WC...					
Se coucher/se lever				<input type="checkbox"/> lit médicalisé	
S'habiller : (+boutonnage, laçage, attelles) -haut -bas					
Se laver les mains et le visage					
Prendre une douche					
Utiliser des toilettes (accéder, s'essuyer, ...)					
Faire ses soins (sondages, changes, ...)					
Manger : - porter un plateau - couper les aliments - se servir à boire					

Aides techniques, aménagements ou aide humaine mises en place actuellement (matériel, logiciel...) :

Recommandations particulières ou remarques utiles pour l'équipe (épilepsie, régime alimentaire, risque de fausse route, escarre...) :