

Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

► **Votre enfant bénéficie-t-il d'autres types d'accompagnement ?** (exemple CMP, CMPP, CAMSP, libéral...)

OUI NON

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

a•Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le :

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @

b•Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le :

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @

c•Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le :

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @

d•Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le :

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @

Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

5 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
- Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

6 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles*).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

7 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois
Ce document est confidentiel : il doit être renvoyé sous enveloppe cachetée portant votre adresse.

Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen* :

Photocopie lisible : de la carte nationale d'identité
 ou du livret de famille
 ou du passeport
 ou un extrait d'acte de naissance

Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen* :

Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :

Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice

Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.