



code IDEFHI :

☎ 02 35 52 43 08 (46 89)  
📠 02 35 52 38 26

Date :

## Document de Demande d'Admission

**NOM :**

### SERVICE DEMANDEUR ASE

- |   |                                 |                                   |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rouen                                | <input type="checkbox"/> Dieppe | <input type="checkbox"/> Le Havre |
| <input type="checkbox"/> ICPE                                 | <input type="checkbox"/> UOE    | <input type="checkbox"/> UAF      |
| <input type="checkbox"/> Autre département (à préciser) _____ |                                 |                                   |

### PERSONNE REFERENTE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
Etablissement : \_\_\_\_\_ 📠 : \_\_\_\_\_

### TYPE D'ADMISSION

- Préparée                       Urgence

### TYPE D'ACCUEIL

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil en structure                | <input type="checkbox"/> Accueil mère-enfant           |
| <input type="checkbox"/> Famille d'accueil                   | <input type="checkbox"/> Accueil relais                |
| <input type="checkbox"/> Soutien pour le Maintien à domicile | <input type="checkbox"/> Accueil week-ends et vacances |
| <input type="checkbox"/> Projet spécifique                   | <input type="checkbox"/> Accueil séquentiel            |

### LIEU DE PLACEMENT SOUHAITE

- |   |                                 |                                   |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rouen                                    | <input type="checkbox"/> Dieppe | <input type="checkbox"/> Le Havre |
| <input type="checkbox"/> Eloignement géographique → motif : _____ |                                 |                                   |







**FONDEMENT JURIDIQUE DE LA DEMANDE**

- MAE JE     AP     APU     APU 72 H     Tutelle  
 Mère-Enfant     APJM     Pupille     MAE Proc     DAP

**CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PLACEMENT**

*10 lignes maximum*

**REPRESENTANTS LEGAUX**

- Père -	- Mère -	- Autre -
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
 :	 :	 :
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
 :	 :	 :
_____	_____	_____

**COMPOSITION DE LA FRATRIE**

Nom - Prénom	Date de naissance	Résidence actuelle (préciser si placement)	DDA
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

**AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SOLLICITE(S) à préciser**

\_\_\_\_\_

**DDA CONCERNANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Né(e) à : \_\_\_\_\_

**LIEU OÙ SE TROUVE L'ENFANT ou LE JEUNE AU MOMENT DE LA DEMANDE**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile parental | <input type="checkbox"/> Police / Gendarmerie | <input type="checkbox"/> Inconnu       |
| <input type="checkbox"/> Placement         | <input type="checkbox"/> Fugue                | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Hôpital           | <input type="checkbox"/> Hébergement précaire |  |

**MODE DE PRISE EN CHARGE DU MINEUR ou DU JEUNE AU MOMENT DE LA DEMANDE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Domicile familial  | <input type="checkbox"/> AED                                    |
| <input type="checkbox"/> Tiers digne de confiance   | <input type="checkbox"/> AEMO                                   |
| <input type="checkbox"/> Fugue  | <input type="checkbox"/> IOE                                    |
| <input type="checkbox"/> MECS secteur associatif *  | <input type="checkbox"/> EMDAPH *                               |
| <input type="checkbox"/> EPJJ *   | <input type="checkbox"/> Autre département (à préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Placement familial*  |   |
| <input type="checkbox"/> * Préciser le nom de l'établissement ou service où le mineur est placé : _____ |   |

**ELEMENTS DE SUIVIS ANTERIEURS**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Placement         | <input type="checkbox"/> Hospitalisation pédo-psy | <input type="checkbox"/> PJJ                     |
| <input type="checkbox"/> Suivi domicile    | <input type="checkbox"/> Suivi UTAS               | <input type="checkbox"/> Affaire pénale - Auteur |
| <input type="checkbox"/> Accueil préventif | <input type="checkbox"/> Suivi PMI                |  |

**PROFIL DE L'ENFANT ou DU JEUNE****• Médico-psychologique**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique      | <input type="checkbox"/> Traitement médical | <input type="checkbox"/> Décision MDPH |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____ |   | <input type="checkbox"/> MDPH en cours |

**• Scolarité / Loisirs**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Scolarisé(e)               | <input type="checkbox"/> Section adaptée             | <input type="checkbox"/> Déscolarisé(e) |
| <input type="checkbox"/> Loisirs sportifs réguliers | <input type="checkbox"/> Loisirs culturels réguliers |   |

**• Accord des parents**

- |                                 |                                     |  |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Acquis | <input type="checkbox"/> Opposition | <input type="checkbox"/> En cours de négociation |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|

**• Avis de l'enfant ou du jeune**

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Favorable | <input type="checkbox"/> En opposition | <input type="checkbox"/> En cours de négociation |
|------------------------------------|--|--|

## PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

---

### Copie des :

- Mesure de placement ou d'accueil (décision judiciaire ou administrative) :
- Décision MDPH :
- Rapports, notes de synthèse les plus récents :
- Données médicales :
- Données psychologiques :
- Données scolaires :
- Acte d'état civil ou pièce d'identité :

**Prise en charge à transmettre sous 48 heures**

### Autres pièces jointes :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_