



# Formulaire complémentaire relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

**Attention : ce formulaire ne doit être utilisé que pour compléter un dossier déjà déposé à la MDPH et en cours d'évaluation**

**A - Identification de la personne (enfant ou adulte) concernée par la demande**

Nom de naissance : ..... Prénom (s) .....

Date de naissance : ..... N° de dossier MDPH : .....

Numéro d'allocataire : ..... ( ) CAF ( ) MSA ( ) Autre

**Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social**

(Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un service ou établissement médico-social)

.....  
.....

**Situation actuelle de la personne concernée par la demande**

Nom de l'établissement fréquenté : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant référent  
(ou référent handicap)<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

**Identification des demandes**

**1.1. Scolarisation**

ULIS unité localisée d'inclusion scolaire  
○ Ecole ○ Collège ○ Lycée

Maintien en grande section maternelle

AVS - Auxiliaire de vie scolaire  
(hors étudiant en université<sup>2</sup>)

Orientation en EGPA (EREA-SEGPA)

Matériel pédagogique adapté  
(hors étudiant en université<sup>2</sup>)

Transport scolaire (hors transport vers un établissement ou service médico-social)

DISPEH (Dispositif d'inclusion scolaire et professionnelle des élèves handicapés)

Précisez le mode de transport utilisé : \_\_\_\_\_

**N'oubliez pas de compléter et de signer au dos** 



<sup>1</sup> Les étudiants en université qui souhaitent présenter une demande d'aide humaine pédagogique ou de matériel pédagogique adapté, doivent s'adresser à la mission handicap de l'université.

Page 2/2

Nom :

Prénom :

**1.2. Accompagnement médico-social**

Service médico-social (SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAS, SSEFS...)

Établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, IES...)

Régime souhaité :  en externat       en internat       en accueil temporaire

*Si vous formulez une demande de maintien en établissement pour enfants pour un jeune de plus de 20 ans (ex-Amendement CRETON), merci de cocher la case suivante :*

**Si vous avez une préférence pour un établissement ou un service médico-social, précisez-le ci-dessous :**

-----  
-----

Fait à : ----- Le : -----

Signature :      [ ] de la personne concernée      [ ] de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement » (Articles L 114-13, L 114-19 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 rectification 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.