

**Dossier unique de demande d'admission en  
établissement et service médico-sociaux  
pour personnes en situation de handicap**

Région Ile-de-France

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission.

Dorénavant il vous sera demandé une information unique quel que soit le nombre d'établissements que vous sollicitez.



**Le dossier est à remplir une seule fois puis à photocopier pour envoi par courrier aux établissements sollicités.**

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.

L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.

# s o m m a i r e

**1**

**Volet administratif**

**2**

**Volet parcours personnel**

**3**

**Volet autonomie**

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...).

## 1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

### ▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)       Madame       Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent): .....

Prénom : .....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :     

Lieu de naissance :      Commune : .....

Code postal :     

Pays : .....

### ▪ Situation familiale

Situation de famille :       Célibataire       Marié(e)       Pacsé(e)       Vie maritale  
(cocher la case correspondante)       Séparé(e)       Divorcé(e)       Veuf/veuve

Nombre enfant(s) :             Dont nombre d'enfant(s) à charge :     

Nombre de frère(s) et sœur(s) :             Dont nombre de personnes en situation de handicap     

### ▪ Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

N° de sécurité sociale :     

N° de dossier MDPH : .....

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :  
.....  
.....

Date d'effet de la décision :     

Date de fin de la décision

## 2. Lieu de résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial :  Mère  Père  Les deux  Autre

Structure médico-sociale\* Depuis le :

Structure sanitaire\* Depuis le :

Autre, préciser .....  
(ex : hôtel, famille .....  
d'accueil...) .....

- Adresse du lieu de résidence

Adresse : .....  
.....

Complément d'adresse : .....

Commune : ..... Code postal :

Département : .....

N° téléphone :

E-mail : .....

## 3. Mesures de protection

- Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? :  Oui  Non  
(cocher la case correspondante)  En cours d'évaluation  Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une :  Sauvegarde de justice  Curatelle simple  
(cocher la case correspondante)  Curatelle renforcée  Tutelle

## Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de prévention ou de protection est-elle en place ? :  Oui  Non  
(cocher la case correspondante)  En cours d'évaluation  Ne sais pas

Si « Oui », s'agit-il d'une (cocher la case correspondante) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AED (Mesure d'Action Educative à Domicile) | <input type="checkbox"/> MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Educative) |
| <input type="checkbox"/> AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert)   | <input type="checkbox"/> Ne sais pas  |
| <input type="checkbox"/> Mesure de placement, A préciser :          | <input type="checkbox"/> Autre, A préciser : .....                          |
| <input type="checkbox"/> Judicaire                                  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Administrative                             | .....   |

Commentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 4. Personne(s) à contacter

Liens (parents, tuteurs...) : .....	Liens (parents, tuteurs...) : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code postal : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
N° téléphone : <input type="text"/>	N° téléphone : <input type="text"/>
E-mail : .....	E-mail : .....

5. Situation actuelle

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)):

Accompagnement

- Accompagné par un service médico-social\*
Accompagné par un établissement médico-social\*
Hospitalisé en établissement sanitaire\*
Sans accueil ni accompagnement
Accompagné par des professionnels libéraux
Autre, à préciser :

Scolarisation / Formation

- Scolarisé en milieu ordinaire
Scolarisé en établissement médico-social \*
Formation professionnelle
Si ULIS :
ULIS Ecole ULIS Collège ULIS Lycée
Autre, à préciser :

Situation actuelle pour les adultes :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Accompagnement

- Accueilli en famille d'accueil
Accompagné par un service médico-social\*
Accompagné par un établissement médico-social\*
Hospitalisé en établissement sanitaire\*
Sans accueil ni accompagnement
Accompagné par des professionnels libéraux
Autre, à préciser :

Formation / Emploi

- En formation professionnelle
Exerce une activité professionnelle
En recherche d'activité professionnelle
Sans activité professionnelle
Retraité
Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

## Médecins qui vous suivent habituellement

### ▪ Médecin traitant

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Code postal :   
Commune : .....  
Département : .....  
N° téléphone :   
E-mail : .....

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant :  Oui  Non

### ▪ Médecin(s) spécialiste(s)

*(exemples ; neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)*

*Dans le cas où il y a un suivi par plusieurs médecins, merci de les préciser*

Nom : .....	Nom : .....
Spécialité médicale .....	Spécialité médicale .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Code postal : <input type="text" value=""/>	Code postal : <input type="text" value=""/>
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
N° téléphone : <input type="text" value=""/>	N° téléphone : <input type="text" value=""/>
E-mail : .....	E-mail : .....

## Volet Administratif

Nom : ..... Spécialité médicale : ..... Adresse : ..... ..... .....  Code postal : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">                       </span> Commune : ..... Département : ..... N° téléphone : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">                                            </span> E-mail : .....	Nom : ..... Spécialité médicale : ..... Adresse : ..... ..... .....  Code postal : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">                       </span> Commune : ..... Département : ..... N° téléphone : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">                                            </span> E-mail : .....
---	---

J'autorise la structure à contacter le(s) médecin(s) spécialiste(s) :  Oui  Non

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 6. Structures fréquentées actuellement

### ▪ Scolarité / formation

Nom de **l'enseignant référent** pour la scolarisation des enfants handicapés (ERSEH) : .....

.....

N° de téléphone :                         

E-mail : .....

Nom de **l'établissement scolaire ou du centre de formation** fréquenté à l'heure actuelle : .....

.....

Adresse : .....

.....

Commune ..... Code postal :           

Département .....

N° de téléphone :                         

E-mail : .....

**Scolarité ou formation** actuellement suivie: .....

.....

Scolarité suivie (*cocher la case correspondante*) :            A temps plein            A temps partiel

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation :                         

### ▪ Etablissement / service

*Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.*

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (**n°1**):

.....

.....

Catégorie d'ESMS\* : .....

Adresse : .....

.....

Commune : ..... Code postal :           

Département : .....

N° de téléphone :                         

E-mail : .....

Date d'entrée dans la structure :

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2):  
.....  
.....

Catégorie d'ESMS \*:  
.....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Commune : ..... Code postal :

Département :  
.....

N° de téléphone :

E-mail :  
.....

Date d'entrée dans la structure :

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°3):  
.....  
.....

Catégorie d'ESMS \*:  
.....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Commune : ..... Code postal :

Département :  
.....

N° de téléphone :

E-mail :  
.....

Date d'entrée dans la structure :

Commentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\*Cf glossaire

## 7. Parcours de vie

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

**Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes... :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Emploi(s) précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés... :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres / commentaires :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Projet de vie et attentes

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche/enfant ? (centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés...)

Ruled writing area for the first question with horizontal dotted lines.

Pouvez-vous décrire vos attentes ou celles de votre enfant/proche dans l'établissement ou le service que vous sollicitez ?

Ruled writing area for the second question with horizontal dotted lines.

## 9. Autonomie

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Exigence générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyenne	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

Vie domestique et courante	Oui	Non
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

## Volet Autonomie

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- Canne     
  Déambulateur     
  Fauteuil roulant manuel     
  Fauteuil roulant électrique  
 Lit médicalisé     
  Orthèse ou prothèse     
  Appareil auditif

Autre (préciser) : .....

.....

.....

Observations:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande      

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

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Signature .....	Signature .....

## Liste des pièces à joindre au dossier

- Copie pièce d'identité
- Copie de la notification de la CDAPH
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie du jugement de tutelle, si concerné
- Eventuellement, copie du certificat médical joint avec le CERFA MDPH



Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social : .....

Nom du Directeur de la structure : .....

Adresse de la structure : .....

Commune : .....

Code postal :

Téléphone :

E-mail : .....

- Dossier complet
- Dossier incomplet, pièces manquantes :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait, le .....  
A, .....

Tampon et signature du Directeur :

Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois compté de la réception de la demande. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social : .....

Nom du Directeur de la structure : .....

Adresse de la structure : .....

Commune : .....

Code postal :

Téléphone :

E-mail : .....

**Décision :**

- Admis
- Admissible, sur liste d'attente
- Non admissible

En cas d' « Non admissible », motivez : .....

.....

.....

.....

Fait, le .....

A, .....

Tampon et signature du Directeur :

## Glossaire

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

\*Liste des établissements médico-sociaux : Centre d'accueil médico-social précoce (**C.A.M.S.P.**) ; Centre Médico-Psycho-Pédagogique (**C.M.P.P.**) ; Institution médico-éducatif (**I.M.E.**) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (**I.T.E.P.**) ; Institut d'éducation motrice (**I.E.M.**) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (**E.E.A.P.**) ; Institut pour Déficients Auditifs (**I.D.A.**) ; Institut pour Déficients Visuels (**I.D.V.**) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (**B.A.P.U.**) ; Maison d'Accueil Spécialisée (**M.A.S.**) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (**F.A.M.**) ; **Foyer d'hébergement** (F.H.) ; **Foyer de vie** (F.V.) ; **Foyer d'accueil polyvalent** (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (**E.S.A.T.**) ; Centre de pré orientation (**C.P.O.**) ; Centre de rééducation professionnelle (**C.R.P.**)

\*liste des services médico-sociaux : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**S.E.S.S.A.D.**) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**S.A.M.S.A.H.**) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (**S.A.V.S.**) ; Service de soins infirmiers à domicile (**S.S.I.A.D.**) ; Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (**S.P.A.S.A.D.**) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (**S.A.A.D.**)

\*liste des établissements sanitaires : **Hôpital** ; **Hôpital de jour** ; Hospitalisation à domicile (**H.A.D.**) ; Centre médico-pédagogique (**C.M.P.**)

\*Autres : Protection Maternelle et infantile (**PMI**) ; **Structures classiques** (halte-garderie, jardin d'enfants, centre de loisirs) ; Entreprise adaptée (**E.A.**)...