



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

**Nom :**

**Prénom :**

**Identification de la demande**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prise en charge médico-sociale  | <input type="checkbox"/> AVS (accompagnement à la vie scolaire) |
| <input type="checkbox"/> Orientation scolaire  | <input type="checkbox"/> Accompagnement à la vie universitaire  |
| <input type="checkbox"/> Maintien en établissement pour enfants pour un Jeune de + de 20 ans - Amendement CRETON | <input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté            |
|  | <input type="checkbox"/> Transport scolaire                     |
|  | <input type="checkbox"/> Aménagement de scolarité               |

- Autre demande . Préciser : .....
- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance : .....
- Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : .....

**Situation de l'enfant**

➤ **Établissement scolaire ou universitaire fréquenté :**

Nom :  
Adresse :  
N° : ..... Rue : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone : ..... Adresse électronique : ..... @  
Niveau de classe : .....  
Durée hebdomadaire de fréquentation : .....  
Nom de l'enseignant référent de l'équipe de suivi de la scolarité : .....

➤ **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(ces) 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 : ..... @.....

Date :

Signature du représentant légal :