

PROJET PERSONNALISE

RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIF ENFANT

Nom : Prénom :

Né(e) le : Lieu de naissance :

Pays :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Etablissement scolaire :

Etablissement ou service médico-social :

Scolarisation actuelle :

DOSSIER MDPH EN COURS

Oui

Non

AIDE HUMAINE A LA SCOLARISATION

AVS en cohérence avec la notification

Oui

Non

Notification horaire/temps effectif :

Procédure quant à l'accompagnement de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personnes à contacter si besoin (Médecin, Educateur ou Sessad , Assistante Sociale) :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

DEMANDE DE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) Oui Non

INFORMATION

Procédure quant à l'accompagnement de l'enfant :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Personnes à contacter si besoin (Médecin, ou autres) :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

Fait à : le : Signature :

Pièces justificatives à joindre obligatoirement :

- Une copie de la notification MDPH
- Une ordonnance, médicament ou autre si nécessaire