



**MAISON DEPARTEMENTALE
DES PERSONNES
HANDICAPEES DU JURA**
Pôle Enfants-Adolescents
BP 40044
39002 LONS LE SAUNIER CEDEX

ENFANT

NomPrénom.....Date de Naissance

MERE

Nom.....Prénom.....Date de Naissance.....

Profession.....

- * si temps partiel précisez le % : 50 % 80 % autres :
- * si chômage précisez : indemnisé (joindre justificatifs) non indemnisé (joindre justificatifs)
- * si arrêt maladie précisez : indemnisé (joindre justificatifs) non indemnisé (joindre justificatifs)

Adresse.....
.....

N° téléphone fixe..... Portable..... Mail.....

PERE

Nom.....Prénom.....Date de Naissance.....

Profession.....

- * si temps partiel précisez le % : 50 % 80 % autres :
- * si chômage précisez : indemnisé (joindre justificatifs) non indemnisé (joindre justificatifs)
- * si arrêt maladie précisez : indemnisé (joindre justificatifs) non indemnisé (joindre justificatifs)

Adresse.....
.....

N° téléphone fixe..... Portable..... Mail.....

FRERES ET SŒURS

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
.....
.....
.....
.....
.....

**PRESTATIONS SOCIALES DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT
PRESTATIONS FAMILIALES**

N° allocataire.....
Organisme payeur.....

SCOLARITE de votre enfant

Est-il inscrit dans un établissement scolaire (maternelle, primaire, secondaire)

Si oui, à temps plein ou à temps partiel ? :

Nom et adresse de l'école :

Classe ou cours suivi :

Un PPRE un PAI un PAP un PPS a-t-il été établi ? Dans l'affirmative, merci de joindre une copie à votre demande.

Est-il inscrit dans un établissement spécialisé ?

Nom, adresse et n° de téléphone de l'établissement :

Date de l'admission :

semi-internat

internat aménagé (1ou 2 nuits)

internat (3 nuits ou plus)

Autres situations :

Si votre enfant n'est plus scolarisé ou accueilli en établissement médico-social, indiquer s'il l'a été à une certaine période :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'établissement :

Date d'admission et de sortie :

SOINS : noms, adresses et n° de téléphone des spécialistes qui suivent l'enfant :

- a t-il été opéré ? : oui non
si oui, indiquer les dates et lieux d'hospitalisation

- a t-il été suivi dans un Centre de Soins (Centre de Guidance Infantile, CMP, CMPP...) ?
si oui, adresse du centre :
dates :

- a t-il suivi ou suit-il une rééducation (orthophonie, kinésithérapie, éducation psychomotrice...) ?
dates :

- a t-il d'autres soins ?
lesquels ?
Dates :

- Y a t-il certaines précisions que vous désirez faire connaître à l'appui de cette demande, notamment pour une meilleure compréhension de la situation de votre enfant ?

La MDPH peut être amenée à partager des informations du dossier de votre enfant avec ses partenaires.

A.....
Le.....