



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

Document à nous retourner

ENFANT

Nom Prénom Date de Naissance

PARENT 1 ou représentant légal 1

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

PARENT 2 ou représentant légal 2 : en cas de séparation des parents, la MDPH a le devoir d'informer cette personne du dépôt d'une demande de compensation du handicap effectué pour l'enfant

- L'autorité parentale est exclusive pour le parent 1. Dans ce cas, merci de joindre un justificatif (photocopie du livret de famille, jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale...)
- L'autorité parentale est partagée avec le parent 2. Dans ce cas, merci de renseigner les champs ci-dessous :

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

Adresse du parent 2 inconnue (j'atteste sur l'honneur ne pas connaître cette information)

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

Numéro de sécurité sociale :

Organisme de sécurité sociale :

Merci de remplir recto verso

SCOLARITE

1. L'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.

2. Est-il inscrit dans un établissement spécialisé ?

Si oui, nom, adresse et n° de téléphone de l'établissement :

semi-internat internat aménagé (1ou 2 nuits) internat (3 nuits ou plus)

Date de l'admission :

3. Autres situations :

Si votre enfant n'est plus scolarisé ou accueilli, 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.....

Signature :