

| | |
|--|--|
| | <i>Cadre réservé à la commission</i> Date prévue: |
|--|--|

| |
|---|
| RETOUR DU FEUILLET pour le: D'avance, merci |
|---|

DATE DE LA DEMANDE:

 1ère demande Renouvellement

 Demande faite par: les parents le jeune majeur lui-même
 le représentant légal autre, précisez:
 un secrétariat de commission
I MOTIF DE LA DEMANDE

- Reconnaissance de handicap (1ère demande) - **feuille CEJH blanc "demande de reconnaissance de handicap" obligatoire**
 Obtention de la carte* d'invalidité ***(UNE PHOTO D'IDENTITE EST INDISPENSABLE)**
 Révision de la situation - **feuille CEJH blanc "demande de reconnaissance de handicap" obligatoire**
 Orientation scolaire (classe/dispositif d'intégration) Aménagements pour les examens (tiers-temps...)
 Demande de plan d'accompagnement personnalisé (PAP - feuille CEJH orange). **Cette demande est obligatoire pour:**
 * l'accueil de jour en structure spécialisé * l'hébergement en établissement spécialisé
 * l'aide pour frais supplémentaires * l'aide aux transports adaptés
 * l'accompagnement de vie (cadre scolaire ou hors cadre scolaire)

II RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT

| | |
|---|--|
| NOM, prénom de l'enfant : | Ecole/établissement fréquenté: |
| Né(e) le: | <input type="checkbox"/> public privé <input type="checkbox"/> DDEC |
| Lieu de naissance: | <input type="checkbox"/> FELP |
| Adresse de l'enfant (à mentionner si différente de celle de la famille) | <input type="checkbox"/> ASEE |
| Nationalité: | Cours suivi: |
| Sexe: | Etablissement spécialisé fréquenté : |

III COMPOSITION DE LA FAMILLE (au sein de laquelle l'enfant vit)
 biologique adoptive d'accueil (correspondant) d'accueil (ASE)

| | |
|-------------------------------|------------|
| LE PERE ou LE REFERENT | Téléphone: |
|-------------------------------|------------|

| | |
|--|--------------------|
| NOM, prénom | Date de naissance: |
| Activité professionnelle | Adresse: |
| Couverture sociale principale: nom et numéro | |
| Couverture sociale complémentaire: nom et numéro | BP: |

| | |
|--------------------------------|------------|
| LA MERE ou LA REFERENTE | Téléphone: |
|--------------------------------|------------|

| | |
|--|--------------------|
| NOM, prénom | Date de naissance: |
| Activité professionnelle | Adresse: |
| Couverture sociale principale: nom et numéro | |
| Couverture sociale complémentaire: nom et numéro | BP: |