

**IEM-FP LA GRILLONNAIS**

2, rue de la Croix des Fosses

**44115 BASSE-GOULAIN**

Tél. : 02 40 03 56 66

Fax : 02 40 06 09 36

**Photo**  
**obligatoire**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

N° \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOM et ADRESSE du service ou  
de la structure d'accueil :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Voir au verso de cette chemise***

.../...

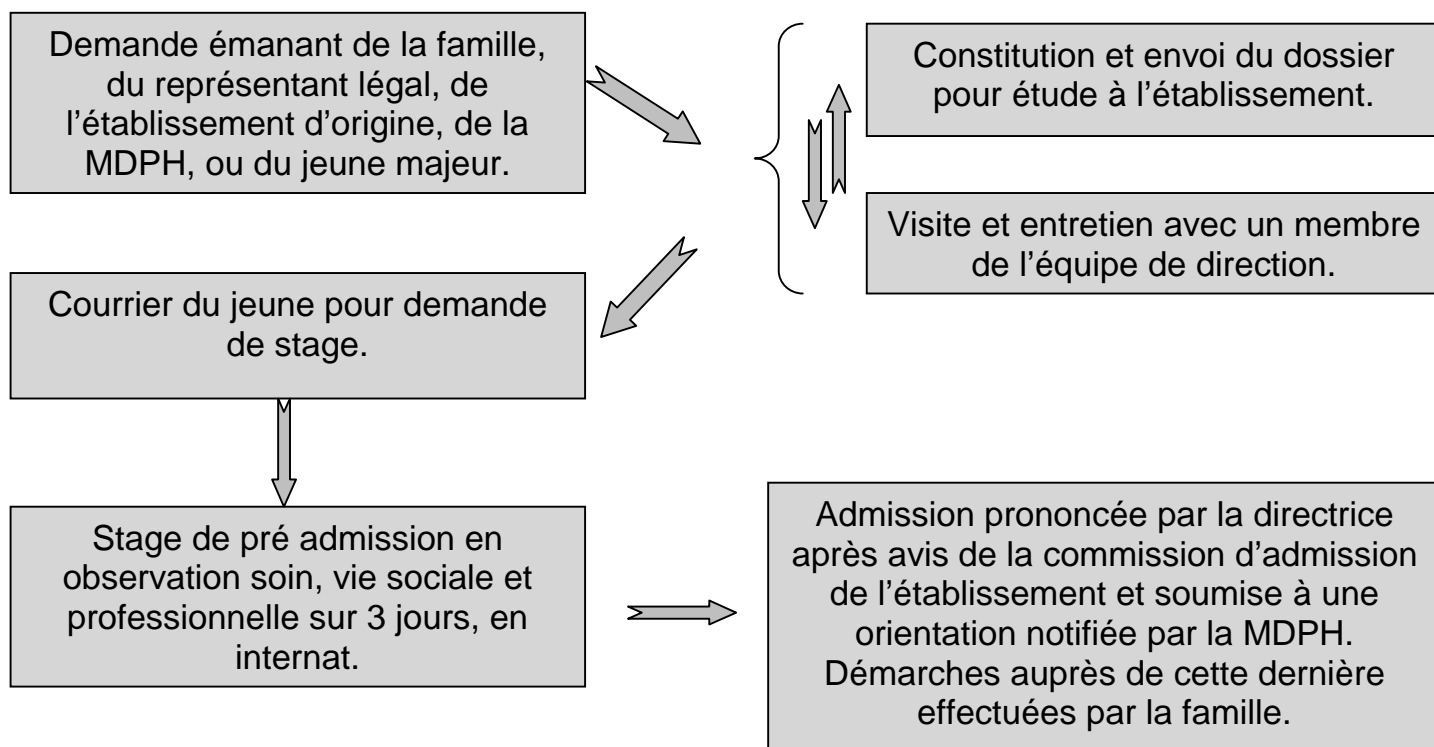
## CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Pour toute demande d'admission à l'IEM-FP "La Grillonnais",  
il est nécessaire de fournir les pièces suivantes :

- Fiche N° 1 Renseignements sociaux,
- Fiche N° 2 Renseignements médicaux, à remplir par le médecin,
- Fiche N° 3 Renseignements scolaires, à remplir par les enseignants,
- Fiche N° 4 Compte rendu psychologique, à remplir par un psychologue,
- Fiche N° 5 Compte rendu éducatif, à remplir par le service éducatif.

Possibilité de joindre des bilans complémentaires (rééducations, ...).

## LES ETAPES DE L'ADMISSION



**RENSEIGNEMENTS SOCIAUX**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
**Né(e) le :** ..... **à :** ..... **Nationalité :** .....  
**Adresse :** .....  
 .....

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

**PÈRE**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....  
**Adresse :** .....  
**Tél. domicile :** ..... **Tél. portable :** .....  
**Profession :** .....  
**Nom, adresse et téléphone de l'employeur :** .....  
 ..... **Tél. :** .....

**MÈRE**

**NOM D'USAGE :** ..... **Prénom :** .....  
**NOM de NAISSANCE :** .....  
**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....  
**Adresse :** .....  
**Tél. domicile :** ..... **Tél. portable :** .....  
**Profession :** .....  
**Nom, adresse et téléphone de l'employeur :** .....  
 ..... **Tél. :** .....

**AUTORITE PARENTALE détenue par** → (cocher la case)

mère et père conjointement -  mère -  père -  tuteur : Préciser : .....

**Si intervention d'un service de protection de l'enfance, indiquer les coordonnées :**  
 .....  
 .....

**FRATRIE** → (y compris le jeune)

NOM - Prénom	Date naissance	Ecole ou Profession

## SITUATION ADMINISTRATIVE

ASSURÉ SOCIAL : ..... N° immatriculation : .....

Nom, adresse et téléphone de la Caisse : .....

Nom, adresse et téléphone de la Mutuelle : .....

Le candidat bénéficie-t-il de l'exonération du ticket modérateur ?  OUI  NON

### PRESTATIONS FAMILIALES

Nom de l'Allocataire : ..... N°Allocataire : .....

Nom, adresse et téléphone de la Caisse : .....

### DOSSIER MDPH

(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

N° DOSSIER : .....

Carte Mobilité Inclusion Invalidité (\*) OUI NON échéance : .....

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (\*) OUI NON échéance : .....

Complément (\*) 1 2 3 4 échéance : .....

Prestation de Compensation (PCH) Aide Humaine (\*) OUI NON échéance : .....

(\*) entourer les réponses

### CURSUS SCOLAIRE ET/OU PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Ecole ou structure spécialisée	Date de début	Date de fin

Niveau scolaire : .....

Acceptez-vous que nous transmettions la copie des courriers que nous vous adressons concernant le suivi de votre demande de candidature dans notre établissement à :

- la structure d'accueil actuelle  OUI  NON

- l'établissement scolaire si pas de structure d'accueil  OUI  NON

- la MDPH de votre département  OUI  NON

A ..... le .....

Signature des parents et / ou du représentant légal

Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle  
"La Grillonnais"

2, rue de la Croix des Fosses

44115 BASSE GOULAIN

Fiche N°2

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

### HISTOIRE DU HANDICAP

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Antécédents personnels : \_\_\_\_\_

\* médicaux : \_\_\_\_\_

\* chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Antécédents familiaux : \_\_\_\_\_

Bilan articulaire - amplitudes :

---

---

---

---

---

Bilan musculaire :

---

---

---

---

---

## Bilan fonctionnel

\* handicap principal

1) marche    boîtierie                    type :

cannes

fauteuil roulant

2) difficultés gestuelles :

mouvements anormaux :

gestes fins :

3) port de lourdes charges :

4) station debout prolongée :

5) appareillage :

6) autonomie dans les A.V.Q. :

## Bilan orthopédique

\* scoliose                    angulation :

étage :

traitement :

\* autre pathologie rachidienne :

\* pathologie des membres :

## Bilan général

Taille :

Poids :

\* appareil cardio-vasculaire :

\* appareil respiratoire :

\* appareil digestif :

\* appareil génital :

\* anomalie des constantes biologiques.

Troubles hormonaux :

\* autre :

## Bilan neurologique

Syndrôme pyramidal      oui      non      localisation :      niveau :

R.O.T.      Spasticité

Syndrôme cérébelleux      oui      non      cinétique      statique  
localisation

Syndrôme choréo-athétosique :

Syndrôme extra pyramidal :

Syndrôme périphérique :

Troubles sensitifs :      superficiel :      localisation :  
   profond :      localisation :

Syndrôme musculaire :

Hydrocéphalie :      oui      non      dérivée : oui      non

Comitialité :      oui      non      type :

Fonctions supérieures :      mémorisation      niveau scolaire  
   troubles du comportement

## Bilan urologique

\* incontinence :      oui      non      importance :  
\* mode de miction :      spontanée      avec ou sans résidu  
   auto-sondage      poussées abdominales

Date de la dernière U.I.V. :      ou échographie :

Date du dernier bilan urodynamique :

Fréquence des infections symptomatiques :

## Bilan sensoriel

\* vision :                    acuité corrigée                    O.D.=                    O.G. =  
    diagnostic

\* audition :                    acuité  
    diagnostic  
    appareillage

## Traitements en cours

\* médicamenteux :

\* psychomotricité :

\* kinésithérapie :

\* orthophonie :

\* ergothérapie :

\* psychothérapie :

\* orthoptie :

## Nom et adresse des médecins en charge du patient :

1) Généraliste : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Spécialiste(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOM DU MEDECIN**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

## Adresse administrative et téléphone :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Permanences : \_\_\_\_\_



Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle  
"La Grillonnais"

2, rue de la Croix des Fosses

44115 BASSE GOULAIN

Fiche N°3

A REMPLIR PAR LES ENSEIGNANTS

**RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

**PARCOURS SCOLAIRE**

Etablissement (Nom et adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dernière classe suivie : \_\_\_\_\_

Année scolaire	Classes ou dispositifs (préciser les temps partagés, inclusions, ...)	Etablissements fréquentés
20 /20		
20 /20		
20 /20		
20 /20		
20 /20		
20 /20		

Diplômes obtenus (ou en cours) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Documents à fournir :**

- Copie du Livret Scolaire et/ou copie des bulletins scolaires
- GEVASCO

# COMPETENCES SCOLAIRES

Niveau global (cycle\* ou autre...) : \_\_\_\_\_

**Pour chaque domaine, entourer le cycle\* correspondant au niveau de l'élève et noter vos observations (réussites, difficultés, adaptations, ...).**

\*cycle 1 : école maternelle ; cycle 2 : trois premières années de l'école élémentaire ; cycle 3 : deux dernières années de l'école élémentaire et la première année du collège ; cycle 4 : trois dernières années du collège.

## Langue française

Cycle	1	2	3	4
-------	---	---	---	---

• Lecture-compréhension de textes variés : .....

• Expression écrite : .....

• Expression orale : .....

• Orthographe et grammaire : .....

• Vocabulaire : .....

Autres observations :

## Langue(s) vivante(s) étrangère(s)

Langue(s) (à préciser)		
Niveau européen (A1, B1, ...)		

Observations :

## Mathématiques et sciences

Cycle	1	2	3	4
-------	---	---	---	---

- Nombres et calcul (numération, techniques opératoires, sens opératoire, ordre de grandeur des résultats...) : .....
- Géométrie : .....
- Grandeurs et mesures : .....
- Organisation et gestion de données (proportionnalité, problèmes à étapes...) : .....
- Curiosité et sens de l'observation : .....

Autres observations :

**Utilisation des outils numériques**

Observations :

**Histoire-géographie, citoyenneté**

Cycle	1	2	3	4
-------	---	---	---	---

Observations :

**Organisation des apprentissages**

- Autonomie dans son travail : .....
- Travail en équipe : .....
- Attention : .....

- Méthode : .....
- Rythme : .....
- Mémorisation : .....
- Participation : .....
- Engagement dans un projet (construire un exposé, rechercher un stage) : .....

### **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Domaines de réussite : .....

Difficultés : .....

Troubles des apprentissages : .....

Adaptations (ordinateur, logiciels, police et taille de caractère, outils, AVS -préciser le temps et la mission-, ...) : .....

Quel est le projet scolaire de l'élève ? (domaines d'apprentissage, recherche d'orientation professionnelle, formation, ...) .....

Selon vous, par quels moyens l'élève peut-il progresser ? .....

<p><b>NOM et qualité du rédacteur</b></p>
---

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature

Institut d'Education Motrice et de Formation Professionnelle  
"La Grillonnais"

2, rue de la Croix des Fosses

44115 BASSE GOULAIN

Fiche N°4

A REMPLIR PAR UN PSYCHOLOGUE

**COMPTE-RENDU PSYCHOLOGIQUE**

NOM : .....

Prénom : .....

**Anamnèse :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Observations cliniques :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Evaluations psychométriques et/ou neuropsychologiques :**

OUI (à verser au dossier)

NON

**Suivis actuels et antérieurs :**

---

---

---

**NOM et qualité  
du rédacteur**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature

