

**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 actuel ou  
de la structure d'accueil actuelle:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Au verso de cette chemise, les étapes de l'admission***

*.../...*

## CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Pour toute demande d'admission à l'IEM FP "La Grillonnais", il est nécessaire de :

⇒ **remplir et renvoyer les pièces suivantes** :

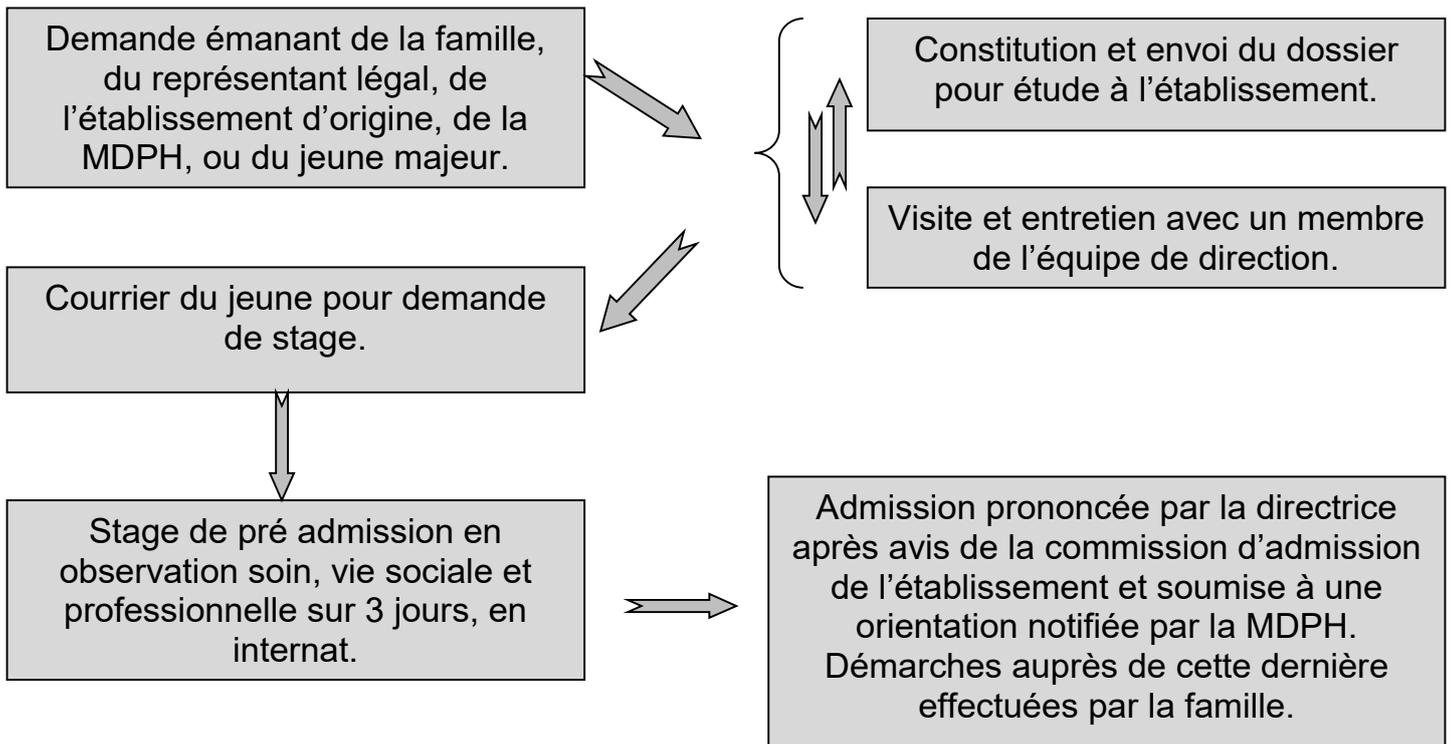
- Fiche N° 1 Renseignements sociaux,
- Fiche N° 2 Renseignements médicaux, à remplir par le médecin,
- Fiche N° 3 Renseignements scolaires, à remplir par les enseignants,
- Fiche N° 4 Compte rendu psychologique, à remplir par un psychologue,
- Fiche N° 5 Compte rendu éducatif, à remplir par le service éducatif,
- Fiche N° 6 Renseignements « autonomie fonctionnelle ».

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

⇒ **transmettre le courrier du jeune de demande de stage de pré-admission**, en vue d'une future admission, dans l'établissement.

*Au verso de cette chemise, les étapes de l'admission*

## LES ETAPES DE L'ADMISSION





## INSTITUT D'ÉDUCATION MOTRICE ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE LA GRILLONNAIS

### NOTE D'INFORMATION – VIA TRAJECTOIRE

Depuis 2015, le Département et la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH) de Loire-Atlantique ont développé conjointement un outil de suivi des décisions d'orientation.

Cet outil résulte de l'engagement de l'ensemble des acteurs du territoire à investir les questions liées au suivi des parcours, à la connaissance des besoins d'accompagnement et à la régulation de l'offre médico-sociale.

La création de Via Trajectoire résulte du déploiement d'un système d'information de suivi des orientations, porté par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Via Trajectoire facilitera la gestion des listes d'attente et les échanges entre les établissements et services médico-sociaux de la MDPH.

Le module Handicap de Via Trajectoire permet de gérer et de suivre les demandes vers les établissements et services d'accompagnement des personnes en situation de handicap. C'est un observatoire statistique de l'offre et de la demande.

De fait, les établissements comme le nôtre ont l'obligation de renseigner cet outil qu'est Via Trajectoire.

**C'est pourquoi, nous vous demandons, si votre fils/fille a déjà une notification MDPH d'orientation IEM en cours de validité, de nous la communiquer en retour avec le dossier de candidature dûment complété.**

**La Directrice,**

**Sophie RECOQUILLÉ**

**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 M.D.P.H.

(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

N° DOSSIER : .....

Carte 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 : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_ Lieu du domicile : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC principal** : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICS associés : \_\_\_\_\_

**Histoire du handicap** (suivi, bilans) : \_\_\_\_\_

**ATCD** (médicaux, chirurgicaux, allergies) : \_\_\_\_\_

## **Fonction Motrice**

Mode de déplacement (à pied avec ou sans aide technique, FRM, FRE +/- appareillage) :

En intérieur : \_\_\_\_\_ en extérieur : \_\_\_\_\_

Périmètre de marche : \_\_\_\_\_

Montée/descente des escaliers :  OUI  NON Chutes :  OUI  NON

Capacités membres supérieurs :

Latéralité : \_\_\_\_\_ Mouvements anormaux ? : \_\_\_\_\_

Liste des appareillages

Nom appareilleur, date de livraison :

- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Liste des aides techniques

Date d'acquisition

- _____	- _____
- _____	- _____

Niveau autonomie gestes de vie quotidienne : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Fonction cognitive**

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Diagnostic/bilans (dates) :

- Orthophonie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Psychomotricité : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ergothérapie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Neuropsychologue (WISC, ...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**État Général** (problématique/suivis particuliers)

- Orthopédique (scoliose,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Neurologique (épilepsie,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Psychique/Comportement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Respiratoire (SAS, asthme,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ORL : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Cardiaque : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Endocrinien (Diabète, dysthyroïdie,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Urologique (vessie neurologique, énurésie,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Digestif (constipation, RGO,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Visuel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Auditif : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Traitement en cours**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rééducations en cours**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médecins du suivi**

Médecin Traitant : \_\_\_\_\_

Médecins spécialistes :

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nom médecin** : \_\_\_\_\_

**Tampon et signature** :

**Le** : \_\_\_\_\_

N'hésitez pas à joindre des synthèses ou CR médicaux précisant les informations sus-demandées.

**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 Personnel de Compétences (LPC),
- Copie du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) ou compte rendu d'Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS),
- Copie des bulletins scolaires.

# COMPETENCES SCOLAIRES

Niveau global (palier ou autre...) : \_\_\_\_\_

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

## La maîtrise de la langue française

Palier	1	2	3
--------	---	---	---

Observations :

- .....
- .....
- Lecture-compréhension de textes variés : .....
  - Expression écrite : .....
  - Expression orale : .....
  - Orthographe et grammaire : .....
  - Vocabulaire : .....

## Langue(s) vivante(s) étrangère(s)

Langue(s) (à préciser)			
Niveau européen			

Observations :

.....

.....

## Les principaux éléments de mathématiques et la culture scientifique et technologique

Palier	1	2	3
--------	---	---	---

Observations :

.....

.....

- 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...) : .....

**La maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication**

B2I : .....

Observations :

**La culture humaniste**

Palier	1	2	3
--------	---	---	---

Observations :

**Les compétences sociales et civiques et l'autonomie et l'initiative**

Observations :

- Autonomie dans son travail (capacité à travailler seul) : .....
- 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 :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Structure et symptômes :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Evaluations psychométriques et/ou neuropsychologiques :**

OUI (à verser au dossier)

NON

**Suivis actuels et antérieurs :**

---

---

---

NOM et qualité  
du rédacteur

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



**RENSEIGNEMENTS « AUTONOMIE AU QUOTIDIEN »**

NOM, Prénoms :

*Afin de mieux accueillir les jeunes en stage et de permettre un déroulement dans des conditions favorables, nous vous demandons de remplir ce questionnaire le plus justement possible. Merci.*

Rempli le \_\_\_\_\_ par : le jeune  la famille  un professionnel   
lequel : \_\_\_\_\_

**Mode de déplacement :**

**Marche :** Oui  Non  Franchit 1 marche   
**Sans aide  Avec aide  :** 1 ou 2 cannes  Déambulateur  Autre   
**En fauteuil manuel  :** usage permanent  occasionnel   
**En fauteuil électrique  :** usage permanent  occasionnel   
**Déplacement extérieur :** Facile  Difficile  Aidé

**Vie quotidienne :**

	Possible	Difficile	Impossible	Aide-humaine ou aide-technique	Observations
Communication (parler, entendre, voir)					
Réaliser les transferts : fauteuil roulant/lit fauteuil roulant/WC...					
Se coucher/se lever				<input type="checkbox"/> lit médicalisé	
S'habiller : (+boutonnage, laçage, attelles)	-haut -bas				
Se laver les mains et le visage					
Prendre une douche					
Utiliser des toilettes (accéder, s'essuyer, ...)					
Faire ses soins (sondages, changes, ...)					
Manger : - porter un plateau - couper les aliments - se servir à boire					

*Aides techniques, aménagements ou aide humaine mises en place actuellement (matériel, logiciel...) :*

*Recommandations particulières ou remarques utiles pour l'équipe (épilepsie, régime alimentaire, risque de fausse route, escarre...) :*