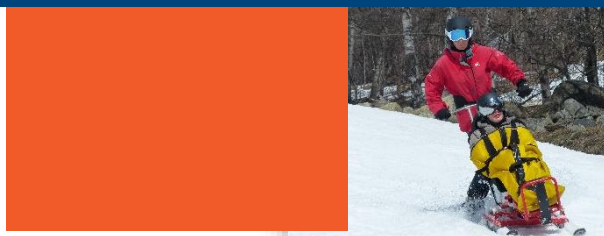


ALEFPA

ASSOCIATION LAÏQUE POUR L'ÉDUCATION, LA FORMATION,
LA PRÉVENTION ET L'AUTONOMIE

DOSSIER D'ADMISSION

Pôle médico-social « Le Joyau Cerdan »



**ACCOMPAGNER
CHACUN DANS SON
PROJET**

**L'IEM Les Lupins
L'IME Les Isards
Le SESSAD**

Pôle Médico Social « Le Joyau Cerdan »

2 Avenue du Carlit – 66340 OSSEJA

☎ : 04.68.30.72.61

Fax : 04.68.30.89.32

Email : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

Web : www.alefpa.asso.fr

Cadre réservé à l'établissement/service

Dossier reçu le :

Ce dossier doit être rempli en un seul exemplaire

Il comprend :

- **Un document administratif N°1**, renseigné par les parents ou par toute personne habilitée à le faire (tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux).
- **Un document médical N°2**, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin. Il doit être renseigné depuis moins de 6 mois avant la date d'envoi du dossier. Ce volet est à placer sous pli confidentiel, afin de permettre au médecin des établissements et services concernés d'émettre un avis circonstancié sur la capacité à pouvoir prendre en charge l'accompagnement de la personne.
- **Un document scolaire N°3**, (à compléter uniquement pour les établissements accueillant des enfants)
- **Un document Recueil de données N°4**, renseigné par les parents ou par toute personne habilitée à le faire (tuteurs, responsables légaux).

Ce dossier permet l'examen de la demande d'admission, son dépôt ne vaut pas une admission.

L'établissement s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois. Remplissez ce dossier de la manière la plus complète possible : en cas de besoin, vous pouvez contacter l'établissement que vous sollicitez pour l'admission de votre enfant.

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

Pièces à fournir avec le dossier :

- Photocopie de décision d'orientation MDPH
- Photocopie de l'attestation papier de droits en cours de validité à l'assurance maladie (CPAM, MSA...)
- Photocopie de la notification de prise en charge à 100% délivrée par la caisse d'assurance maladie
- Photocopie recto verso de la carte mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopies d'éléments administratifs (jugement de divorce ; ordonnance du juge des enfants et/ou accompagnement de l'Aide Sociale à l'Enfance ; mesure de protection pour majeur)
- Photocopie du livret de famille
- Derniers bilans rééducatifs, Kiné, psychologique, pédopsychiatrique et neuro psychiatrique, synthèses, Projet Personnalisé antérieur
- Compte rendu médicaux des expertises
- Derniers compte rendu médicaux
- Photocopie des vaccinations à jour
- Photo d'identité

Pièce à fournir uniquement pour les enfants scolarisés

- Un certificat de scolarité (OBLIGATOIRE pour les élèves de moins de 16 ans). **L'élève doit être inscrit dans son établissement scolaire d'origine. Il ne doit pas être radié de son établissement scolaire d'origine, même s'il est admis à l'unité d'enseignement du Joyau Cerdan.**
- Tout document permettant de connaître le niveau d'acquisition des connaissances et compétences dans le cadre du socle commun (bulletins scolaires, Livret Scolaire Universel)
- Photocopie du (des) diplôme(s) obtenus : (ASSR, DNB, CAP, BEP, BAC....)
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire

Photo d'identité

DOCUMENT ADMINISTRATIF N°1

A. Coordonnées de la personne à l'origine de la demande

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Contexte :

Raison :

B. Type de séjour demandé :

- Accueil Internat IEM
- Semi internat (Accueil de jour) IEM

- Accueil Internat IME
- Semi internat (Accueil de jour) IME

- Service Education Spéciale et de Soins à Domicile

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

C. Identification de l'enfant

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

CP/Commune :

Pays :

N° sécurité sociale :

Coordonnées de l'organisme de sécurité sociale :

Coordonnées de l'organisme du régime complémentaire (Mutuelle/CMU) :

N° de police d'assurance :

Coordonnées de l'assurance responsabilité civile :

D. Adresse de domiciliation:

mère père les deux Etablissement

Adresse : N° Rue :

Complément d'adresse :

Code Postal :

VILLE :

mère père les deux Etablissement

Adresse : N° Rue :

Complément d'adresse :

Code Postal :

VILLE :

E. Coordonnées des parents :

Situation familiale : Mariés Divorcés Séparés Concubins

Fratreries : Nombre de Frères et sœurs :

Père :	Mère :	Mandataire judiciaire :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
☎ :	☎ :	☎ :
☎ :	☎ :	☎ :
Email :	Email :	Email :

F. Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs) :

(Joindre impérativement le jugement en cas de séparation)

mère père les deux Mandataire judiciaire autres

Précisez

Protection administrative et/ou judiciaire des mineurs (Joindre impérativement le jugement)

Une mesure de protection est-elle en place ? oui Non

Si « Oui », il s'agit d'un(e) :

- Mesure AEMO
- Mesure AED
- Mesure de placement
- AFD
- Accueil provisoire

Mesure de protection juridique des jeunes majeurs (à partir de 18 ans) (Joindre impérativement le jugement)

Une mesure de protection est-elle en place ? oui Non

Si « Oui », il s'agit d'un(e) :

- Sauvegarde justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle
- Habilitation familiale
- Mandat de protection future

G. MDPH : (Joindre impérativement les notifications)

Orientation : En cours IEM IME SESSAD Autre

Autre notification : AEEH PCH CMI autre

H. Situation Actuelle :

- Scolarisé en milieu ordinaire
Classe : Niveau :
 - Scolarisé en milieu protégé
 - Sans scolarisation ni formation professionnelle
 - Aucune prise en charge
 - Autre
- Précisez :

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

DOCUMENT MEDICAL N°2 : Ce document doit être rempli par un médecin (médecin traitant ou d'établissement). Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées avec des éléments médicaux récents (datant de moins de 6 mois).

Cette fiche doit être photocopiée par vos soins et jointe au reste du dossier de demande d'admission, SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DE « Mr LE MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT ».

Nom, prénom et qualité de la personne ayant rempli le dossier médical :

Date :

Signature :

Tampon :

Nom Prénom de l'enfant concerné :

Date de naissance :

A. Médecins qui assurent le suivi

Nom, prénom, adresse et téléphone du médecin traitant

Noms, prénoms et coordonnées du médecin expert qui suit l'enfant :

Noms, prénoms, adresse et téléphone spécialités médicales des médecins spécialistes ou dispositifs (CMP, CMPP, CHU....) qui suivent l'enfant.

(Exemples : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

Noms, prénoms et coordonnées des professionnels paramédicaux qui suivent l'enfant : (exemples : orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien...)

Antécédents médico-chirurgicaux notables :

Antécédents psychologiques :

B. Diagnostic principal

Description de la pathologie à l'origine de la situation de handicap :

En cas de cérébrolésion précisez :

AVP ou AVC Date de l'accident :

B.1 Diagnostic et autre problématiques associés

Descriptif des symptômes associés :

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

C. Traitement en cours

Noms des médicaments (dosage, forme)	Posologie				Modalité d'administration
	<i>Matin</i>	<i>Midi</i>	<i>16h</i>	<i>soir</i>	

Précisez le moyen de contraception :

Précisez les allergies médicamenteuses :

D. Vaccinations

	Oui	Non	dates
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

E. Déficiences

	Oui	Non	commentaires
Intellectuelles et cognitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auditives	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mal entendant	<input type="checkbox"/> Appareillé <input type="checkbox"/> sourd	
Du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visuelles	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mal voyant	<input type="checkbox"/> Appareillé <input type="checkbox"/> Non voyant	
Motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Olfactions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres déficiences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Déficience principale :

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

F. Données sur l'Autonomie

	Autonome	Besoin d'Aide	dépendant	Commentaires
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fixer son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mémoriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lire, écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire les transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenir assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer, à l'intérieur, à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir une activité motrice fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer l'élimination, utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contenance jour <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contenance nuit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

G. Symptômes psycho-comportementaux

	Oui	Non	Commentaires
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respect des règles de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agitation, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angoisse, anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hallucination, délire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Addictions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H. Soins techniques

	Oui	Non	Commentaires
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde/stomie urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I. Alimentation

	Oui	Non	commentaires
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime	<input type="checkbox"/> * lequel	<input type="checkbox"/>	
allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*

J. Appareillages

	Oui	Non	Commentaires
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cannes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pédieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareil de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Matériel repas adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outils de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOCUMENT SCOLAIRE N°3 (à compléter uniquement pour les enfants scolarisés)

A. Etablissement scolaire d'origine :

Nom :

Adresse :

Tel :

Email :

Nom du référent à joindre : (Directeur, Principal, Professeur ou autre)

B. Bilan de scolarité (A faire compléter par l'établissement scolaire d'origine) :

Bilan général des apprentissages :

Relations aux autres (Adultes, pairs) /respect des règles de vie collectives :

Suivis scolaires (RASED, PPRE, AVS....) : fréquence, axes de travail, aménagements, etc.

Adaptations matérielles nécessaires en classe :

Port de lunettes : en permanence en classe uniquement

- Fauteuil
- Déambulateur
- Trouble visuel majeur
- Trouble moteur (tremblement...)
- Trouble auditif
- Autres

Toutes autres remarques qui faciliteront la scolarité au sein de l'Unité d'Enseignement :

DOCUMENT RECUEIL DE DONNÉES N°4

A. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE :

- Etat de dépendance :

- Indépendant
- Assistance verbale
- Assistance physique
- Dépendant, à définir

- Déshabillage/Habillage :

- Aucune action de la personne
- Guidance verbale
- Autonomie relative

- La personne accueillie a-t-elle besoin d'adaptations pour effectuer certains gestes courants ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

- Est-elle capable de saisir les objets qui lui sont présentés ?

- Oui
- Non

- La personne accueillie garde-t-elle un court moment des objets dans la main ?

- Oui
- Non

- La personne accueillie utilise-t-elle crayon/feutre/pinceau....

- Oui
- Non

- Dispose-t-elle d'un tonus postural ?

- Normal
- Hypotonique
- Hypertonique

- Tient-elle sa tête en équilibre

- Oui
- Non

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

- Tient-elle assise moyennant un léger support
 Oui Non
- Tient-elle assise sans aide
 Oui Non
- Ses mouvements sont-ils coordonnés
 Oui Non
- Dispose-t-elle d'une acuité visuelle ?
 Normale
 Mal voyant
 Non voyant
 Appareillé
- Dispose-t-elle d'une acuité auditive ?
 Normale
 Mal entendant
 Sourd
 Appareillé
- Dispose-t-elle de l'olfaction ? Oui Non

B. LES DEPLACEMENTS :

- La personne accueillie peut-elle se déplacer seule ?
 Oui Non
- Quelle est la longueur de son périmètre de marche ?

-
- Utilise-t-elle un appareillage pour se déplacer ?
 Oui Non

Si oui, lequel ?

- Fauteuil électrique
 - Fauteuil manuel
 - Déambulateur
 - Autre
- Est-elle dépendante d'une tierce personne pour ses déplacements ?
 Oui Non

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

C. L'ALIMENTATION :

- La personne accueillie est-elle sujet aux fausses routes ?

Oui Non

- A-t-elle des allergies alimentaires connues ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

La prise du repas nécessite-t-elle :

- Une installation particulière (verticalisation, station assise...) ?

- L'usage de matériel adapté (couverts coudés, verre plastique...) ?

- Une assistance :
- Supervision
- Aide à la prise de couvert
- Complète
- Médicalisée
- Autre, à définir :

La préparation des aliments proposés au résident :

- Les aliments doivent-ils être :

- En morceaux
- Broyés
- Mixés
- Mixés lisse

- La prise de boisson est-elle régulière ?

Oui Non

- La personne accompagnée boit-elle spontanément ou demande-t-il à boire ?

Oui Non

- La prise de boisson nécessite-t-elle l'usage d'un matériel adapté ?

Oui Non

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

Si oui, à spécifier (verre à pipette, eau gélifiée...)

D. LA COMMUNICATION :

- La personne accueillie dispose-t-elle d'une communication spontanée ?

Oui Non

- Suit-elle du regard ?

Oui Non

- Produit-elle,

Des sons ? Oui Non

Des mots ? Oui Non

Des phrases ? Oui Non

- Répond-elle par oui ou par non ?

Oui Non

Si oui,

Verbalement

Par mouvements de la tête

Autre, à définir

- A-t-elle un mode de communication établi ?

Oui Non

Si oui,

Un code personnel

Oui Non

Moyen type : pictogrammes, makaton, commande vocale...

Oui Non

Commentaires :

- Le support informatique peut-il l'aider ?

Oui Non

E. LE REPOS :

- La personne accueillie dispose-t-elle d'un rythme de sommeil ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

- Peut-elle parfois se reposer spontanément sans aide ?

Oui Non

- Quelle est la durée moyenne de ses nuits ?

- Est-elle susceptible de faire des insomnies ?

Oui Non

- Est-elle sujet à l'agitation durant son sommeil ?

Oui Non

Si oui,

- En début de nuit
- En cours de nuit
- En fin de nuit
- Durant tout son sommeil

- Des facteurs de risque peuvent-ils survenir durant son sommeil (épilepsie, apnée...) ?

Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr

F. APPAREILLAGES, MATERIEL ORTHOPÉDIQUE :

- La personne accueillie dispose-t-elle de matériel orthopédique adapté ?

- Oui Non

Si oui, lesquels :

- Corset
 Attelles
 Pédieuses
 Verticalisateur
 Fauteuil
 Autre, à définir

Utilisation des appareillages de la personne accueillie:

Appareil utilisé	A quel moment de la journée	Durée	Buts

Existe-t-il des consignes spécifiques dans le domaine de l'utilisation de ce ou ces matériels ?

Certaines positions du corps sont-elles nécessaires dans la journée (reflux gastro-œsophagien, scoliose...)?

G. DEFECATION/ MICTION:

- La personne accueillie est-elle propre :

Le jour ? Oui Non

La nuit ? Oui Non

- La personne accueillie est-elle sujet à de la rétention urinaire ?

- Oui Non

Correspondance à adresser :

- A-t-elle besoin d'être assistée ?
 Oui Non

- A-t-elle un rythme établi ?

- Nécessite-t-elle une surveillance particulière dans ce domaine ?
 Oui Non

H. LA TOILETTE :

La prise de la douche ou du bain nécessite-t-elle :

- Une installation particulière ?
 Oui Non

Si oui, laquelle,

- L'usage de matériel adapté (lève-malade...)?
 Une assistance :

- Supervision
 Aide ponctuelle
 Complète

Quelle est son attitude vis-à-vis de l'eau ?

- La personne accueillie accepte-t-elle de se laver les dents ?
 Oui Non

Si oui,

- Avec aide
 Sans aide

- La personne accueillie accepte-t-elle de se coiffer seule ?
 Oui Non

- Va-t-elle régulièrement chez le coiffeur ?
 Oui Non

Pour quel type de prestations (coupe, couleur, brushing...)

- Utilise-t-elle un rasoir personnel ?
 Oui Non
- Electrique-mécanique
 Oui Non
- Pratique-t-elle des soins esthétiques ?
 Oui Non
- Epilation –rasage-cire-crème dépilatoire
 Oui Non
- Lors des menstruations, les serviettes hygiéniques sont-elles supportées ?
 Oui Non

Fait à OSSEJA, le _____

Correspondance à adresser :

LE JOYAU CERDAN
SESSAD, IEM Les Lupins, IME-IMPRO Les Isards, MAS Les Myrtilles 2 Avenue du Carlit 66340 OSSEJA
Tél. : 04 68 30 72 61 Fax : 04 68 30 89 32 E mail : accueil.polehandicap66@alefpa.asso.fr