

# Dossier de demande d'admission en soins-études

RÉCAPITULATIF DES DOCUMENTS À RETOURNER OBLIGATOIREMENT POUR L'ÉTUDE DE VOTRE DEMANDE

Merci de prendre contact avec l'établissement avant de remplir ce dossier pour vérifier les conditions et les possibilités d'admission.

Nom  Prénom

Date de la demande / /

## DOCUMENTS À JOINDRE POUR L'EXAMEN DE VOTRE DEMANDE :

LA PRÉSENCE DE CES DOCUMENTS DANS LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE EST INDISPENSABLE POUR QU'IL PUISSE ÊTRE EXAMINÉ EN COMMISSION D'ADMISSION.

- Fiche de renseignements administratifs jointe à ce dossier et à compléter
- 2 photos d'identité récentes (nom et prénom au verso)
- Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
- Une attestation de sécurité sociale en cours de validité
- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale mentionnant le 100% en cours de validité le cas échéant et le protocole de soins
- Notification des droits MDPH le cas échéant
- Copie de la dernière ordonnance
- Copies des relevés de notes (diplôme national du brevet, copie des résultats aux épreuves anticipées de 1ère, Terminale)
- Une photocopie des bulletins scolaires des trois dernières années de scolarité (si la scolarité a été interrompue, merci de joindre les bulletins concernant les dernières années durant lesquelles le jeune était présent en classe).
- Lettre(s) de liaison et/ou comptes-rendus d'hospitalisation à la suite d'une hospitalisation le cas échéant

## DANS QUELLE CLINIQUE FSEF SOUHAITEZ-VOUS DÉPOSER VOTRE DEMANDE ?

Souhaitez-vous déposer votre demande dans d'autres cliniques FSEF ?

OUI  NON Si oui lesquelles :



## INFORMATION SUR LA RECHERCHE

Les données anonymisées de ce dossier peuvent donner lieu à une utilisation dans un but de recherche d'épidémiologie clinique. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre site internet : <http://www.fsef.net/index.php/etablissements/activite-hospitalo-universitaire/sujets-de-recherche>. Selon le Règlement Général sur la Protection des Données européen (RGPD), vous pouvez vous opposer à cette utilisation de vos données, auquel cas nous vous demandons d'adresser un courriel à l'adresse suivante : [dpo@fsef.net](mailto:dpo@fsef.net) - en spécifiant «Dossier de demande d'admission» en objet.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

À REMPLIR PAR LA FAMILLE/ LA PERSONNE CONCERNÉE

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA PATIENT.E

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Prénom d'usage \_\_\_\_\_  
Lieu de résidence :  père  mère  garde alternée  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Portable \_\_\_\_\_ Fixe \_\_\_\_\_  
Date de naissance / / à \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe à l'état civil :  Masculin  Féminin

### PARENT 1

Madame  Monsieur  
Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance / /  
Profession \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Situation :  
 célibataire  en couple  séparé.e  veuf.ve

### PARENT 2

Madame  Monsieur  
Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance / /  
Profession \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Situation :  
 célibataire  en couple  séparé.e  veuf.ve

### AUTRE RESPONSABLE PAR DÉLÉGATION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Lien \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
 Autres, précisez (+ adresse)

### SITUATION DE LA FRATRIE

Frères et sœurs :  oui  non Si oui combien \_\_\_\_\_ Rang dans la fratrie \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SOCIO-ÉDUCATIFS

### DÉTENTEUR(S) DE L'AUTORITÉ PARENTALE POUR LES MINEUR.ES

(COCHER LA OU LES CASES CONCERNÉES)

parent 1  parent 2  autre (précisez)

### MESURE ÉDUCATIVE

Oui  Non

Si oui : **Type de mesure d'accompagnement éducatif :**

- Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)  
 Accueil Provisoire de Jeune Majeur (APJM)  
 Aide éducative à domicile (AED)  
 Autres (placement en foyer, en famille d'accueil), précisez

Date de la mise en place / / (joindre une copie de la décision)

Nom et prénom du référent éducatif

Nom et adresse du service

Tel du service

E-mail \_\_\_\_\_

### MESURE DE PROTECTION DE JUSTICE

Oui  Non

**Type de mesure de protection de justice :**

- Tutelle  
 Curatelle  
 Tiers digne de confiance  
 Autres, précisez

Date de la mise en place / /

Nom et prénom du représentant

Nom et adresse de l'organisme

Tel du service

E-mail \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ.E

Assuré :  le demandeur  Parent 1  Parent 2  Deux parents

Autre (Préciser svp)

N° de sécurité Sociale

CPAM de

Nom de votre Mutuelle

## LISTE DES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE

### Médecin qui porte la demande (adresseur) :

Médecin généraliste  pédiatre  Psychiatre  Autre précisez :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### Médecin psychiatre référent Oui Non

Remplir ses coordonnées svp si différent de l'adresseur :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### Médecin généraliste : Oui Non

Est-ce le médecin traitant :  Oui  Non

Remplir ses coordonnées svp si différent de l'adresseur :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### Psychologue : Oui Non

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### Autre professionnel :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Date de début des troubles motivant votre demande d'admission / /

Date de début de vos soins pour ces troubles / /

Poids kg / Taille cm

Un diagnostic concernant vos troubles a-t-il été posé ?  OUI  NON

Si oui, lequel ?

Avez-vous été hospitalisé.e par le passé ?  OUI  NON

Si oui, préciser

Bilans psychologiques antérieurs ?  OUI  NON Si oui à quel âge ans ?

Si oui, préciser

Bilan psychomoteur ?  OUI  NON Si oui à quel âge ans ?

Si oui, préciser

Suivi en orthophonie ?  OUI  NON Si oui à quel âge ans ?

Si oui, préciser

## RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

CETTE PARTIE EST À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE EXERÇANT DANS L'ANNEXE PÉDAGOGIQUE DE LA CLINIQUE.

Afin de comprendre votre parcours scolaire et votre situation actuelle, nous vous remercions de nous fournir les informations suivantes et les photocopies de vos bulletins scolaires des 3 dernières années (si votre scolarité a été interrompue, merci de nous envoyer les bulletins des 3 dernières années durant lesquelles vous avez été évalué en classe).

### Scolarité antérieure

Année scolaire	Classe suivie	Établissements	Précisions que vous souhaitez apporter (résultats, difficultés rencontrées, interruption de scolarité, dispositifs d'aménagement tels que PAI, SAPADHE, CNED, Ecole à l'hôpital ...)
20 20			
20 20			
20 20			
20 20			
20 20			

### Quelle est la dernière décision d'orientation vous concernant ?

Passage en classe de \_\_\_\_\_ / maintien en classe de \_\_\_\_\_ prononcé  
 au conseil de classe du troisième trimestre de l'année scolaire 20 \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

### Etes-vous inscrit(e) dans un établissement scolaire ?

Oui  Non Si oui, lequel ?

### Quel est le nom du dernier établissement que vous avez fréquenté ?

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

En classe de \_\_\_\_\_ LV1 \_\_\_\_\_ LV2 \_\_\_\_\_

Spécialités choisies \_\_\_\_\_

### Etes-vous inscrit.e dans un établissement de l'enseignement supérieur ?

Oui  Non

Si oui, vous y suivez (ou suiviez) des études de ?

**Avez-vous bénéficié, ou bénéficiez-vous, des dispositifs suivants**

**(joindre obligatoirement la copie des documents au dossier)**

**PAP** (plan d'accompagnement pédagogique – concerne les élèves ayant des troubles des apprentissages)

Oui  Non

Si oui, quels aménagements y sont inscrits ?

**PPS** (projet personnalisé de scolarisation – concerne les élèves en situation de handicap)

Oui  Non

Si oui, quels sont les aménagements prévus ? (aide humaine, matériel pédagogique, mode de scolarisation, aménagements pédagogiques ...)

**Aménagements d'examen**

Oui  Non

Si oui, pouvez-vous préciser les aménagements obtenus ?

**Quel est votre projet d'étude ?**

## LETTRÉ DE MOTIVATION

(À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE JEUNE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE)

**Pouvez-vous expliquer vos difficultés et ce qui motive votre demande ? Vous pouvez copier votre courrier dans ce document ou le joindre dans un document word séparé.**

## AUTO-QUESTIONNAIRE « K10 »

À REMPLIR SEUL PAR LE JEUNE

### Pouvez-vous remplir cet auto-questionnaire ?

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **30 derniers jours**. Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant le mieux au sentiment que vous éprouvez ou avez éprouvé.

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu le sentiment...	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
D'être épuisé.e sans véritable raison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être nerveux/nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être si nerveux/nerveuse que rien ne pouvait vous calmer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être désespéré.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être agité.e ou incapable de tenir en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être si agité.e que vous ne pouviez pas rester immobile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être triste ou déprimé.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être si déprimé.e que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tout vous demandait un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De n'être bon.ne à rien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### WSAS

Parfois nos problèmes nous rendent incapable de faire certaines choses dans la vie de tous les jours. Lisez attentivement chaque phrase ci-dessous et mettez une note entre 0 et 8 pour indiquer combien votre problème limite votre capacité à faire ce qui est décrit.

**Le but de cette évaluation n'est pas de poser un diagnostic. Si vos résultats vous inquiètent, merci d'en parler avec un professionnel de santé compétent.**

8		7	6		5	4		3	2		1	0
TOUJOURS	SOUVENT	RAREMENT	UN PEU	NON CONCERNÉ								

A cause de mon problème j'ai des difficultés pour travailler. (0 veut dire pas du tout, 8 complètement ce qui veut dire je suis incapable de travailler) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A cause de mon problème ma participation aux tâches ménagères est limitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A cause mon problème ma vie sociale (avec les autres) est limité (par exemple je suis limité(e) pour aller dans à des fêtes, dans des bars, des boites de nuit, sortir avec quelqu'un, inviter des gens chez moi...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A cause de mon problème mes activités de loisir individuelles (que je pratique seul (e), comme lire, jardiner, collectionner, faire des activités manuelles, se balader...) sont limitées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A cause de mon problème ma capacité à créer et maintenir des relations proches avec les autres, y compris ceux avec qui je vis, est limitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES DES PARENTS

Pouvez-vous expliquer ce que vous attendez du soins-études pour votre enfant ? Vous pouvez copier votre courrier dans ce document ou le joindre dans un document word séparé.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature obligatoire par les détenteurs de l'autorité parentale si patient mineur :

Signature du patient

Parent 1

Parent 2

Autre



une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes

[www.fsef.net](http://www.fsef.net)

Suivez-nous sur :