

**DEMANDE  
D'ADMISSION**  
Rentrée scolaire 20\*\* - 20\*\*

Commission d'admission du : Notification MDPH du :

Date d'entrée prévue à l'INJS :

**Identité du jeune**

Nom : Date de naissance :  
 Prénom : Lieu de naissance :  
 Domicile :  
 Tel :

**Prise en charge antérieure**

Etablissement :  
 Classe :

**Renseignements Surdité**

Degré de surdité :  SP  SS  SM  Autre

Implant cochléaire  OD  OG

Appareillage :  OD  OG

Porté	<i>Toujours</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
<i>En classe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>A la maison</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>A l'extérieur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres personnes sourdes dans la famille :

*Père*  *Mère*  *Fratrie*  *Autre*

**Mode de communication**

**Mode de communication principal**

Oral
  Oral+LPC
  Oral+signes
  LSF

**En famille :**

	<i>Oral</i>	<i>Oral + LPC</i>	<i>Oral + signes</i>	<i>LSF</i>
Avec la mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les frères et sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations :				

**Compétence en LSF**

	<i>Bonne</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Incompréhensible</i>
<i>Expression</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Compréhension</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Compétence en langue française**

	<i>Bonne</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Incompréhensible</i>
<i>Expression</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Compréhension</i>	<i>Oral seul</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Oral + LPC</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Oral + signes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>FCSC</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Prises en charge extérieures**

Orthophoniste  Fréquence ..... Nom .....  
 Psychologue  Fréquence ..... Nom .....  
 Autre  Fréquence ..... Nom .....

**Situation administrative**

Nom – Prénom de l'assuré ouvrant droit à l'enfant :

Sécurité Sociale : N°

Caisse :

Mutuelle :

Caisse :

*(joindre copie de l'attestation)*

Situation matrimoniale des parents :

Célibataire

Mariés

Divorcés

Veuf (ve)

PACS

Séparés

Autre

Titulaire de l'autorité parentale :

Père

Mère

Père et Mère

Autre

Titulaire du droit de résidence :

Observations : (mesures éducatives, situations particulières...)

**FAMILLE**

LES PARENTS		Père	Mère	Famille d'accueil
	Nom Prénom Date de naissance Téléphone Profession Adresses			

LA FRATRIE	NOM et Prénoms	Date de Naissance	Scolarité ou vie active	Vit au foyer	Particularités

**EN VUE DE L'ADMISSION A L'INJS**

**Projet d'accompagnement par l'INJS :**

Scolarisation en milieu ordinaire avec soutien INJS (SSEFS)

- Externat       Semi-internat (1/2 pensionnaire)       internat       internat aménagé

Scolarisation en classe spécialisée de l'INJS :

- Semi-internat       internat       internat partiel

Moyens de transports : ..... Durée du trajet : .....

Si internat :

Est-ce une situation nouvelle ?       Oui       non

Eléments particuliers :

Projet des parents

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Projet du jeune

.....  
.....  
.....  
.....  
.....