**Service départemental de l’école inclusive :**

Commission départementale d’orientation vers les enseignements adaptés du second degré

**Document 4 : Renseignements sociaux**

|  |  |
| --- | --- |
| **L’ENFANT/L’ADOLESCENT** | |
| **NOM** |  |
| **Prénom** |  |
| **Né(e) le** |  |
| **Né(e) à** |  |
| **Ecole** |  |
| **Classe/dispositif** |  |

**Obligatoire si demande d’orientation en EREA avec internat éducatif ; à joindre pour certaines situations particulières**

|  |  |
| --- | --- |
| **LE PROFESSIONNEL** | |
| Feuillet rédigé le |  |
| Feuillet rédigé par |  |
| Qualité |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

**LA FAMILLE DE L'ENFANT/L’ADOLESCENT**

|  |
| --- |
| **Père** : NOM : ………………………………………… Prénom : ……………………………………… Date de naissance : ….…………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone : ………………………………………………… Courriel ……………………………………………………………………..  Activité professionnelle : ………………………………………………………… Situation familiale : ………………………………………………………………………………………    **Mère** : NOM : ………………………………………… Née : …………………............................ Prénom : …………………………… Date de naissance : ….…………  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone : ………………………………………………… Courriel ……………………………………………………………………..  Activité professionnelle : ………………………………………………………… Situation familiale : ………………………………………………………………………………………  **Autorité parentale :** …………………………………….  **Adresse de la résidence habituelle de l'enfant/l’adolescent :** …………………………………………………….  **Autre personne vivant au domicile** (beau-père, belle-mère …) Précisez : ………………………………………………………………………  NOM : ……………………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………. |

**Fratrie** *(situer l'enfant/l’adolescent concerné dans la fratrie)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM et Prénom** | **Date de naissance** | **Scolarité ou profession** | **Au domicile**  **ou hors domicile** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nom et adresse du foyer ou de la famille d'accueil lorsque l'enfant/l’adolescent est confié aux services sociaux :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Prise en charge éducative ou suivi social :** (éducateur - AS secteur ou spécialisée)

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Coordonnées : …………………………………………………………………………………………………………………….........................................................

**Prise en charge médico-psychologique :** (psychologue - psychiatre - orthophoniste - médecin spécialiste)

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Coordonnées : …………………………………………………………………………………………………………………….........................................................

**SYNTHESE DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS**

Éléments pouvant avoir une incidence sur l'orientation (histoire familiale, environnement, organisation de vie, transport …)

**Avis de l'enfant/l’adolescent et des représentants légaux sur l’orientation proposée et la demande d’internat éducatif.**

|  |
| --- |
|  |

Signature :