

PERE		MERE	
Nom, Prénom		Nom, Prénom	
Né le		Né le	
Profession		Profession	
Adresse		Adresse	

[illegible]

Nom, prénom de l'enfant

COMMISSION

Nouvelle-Calédonie

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Cadre réservé à la commission

Date prévue:

RETOUR DU FEUILLET

pour le:

D'avance, merci

DATE DE LA DEMANDE:

☐ 1ère demande ☐ Renouvellement

Demande faite par: ☐ les parents ☐ le jeune majeur lui-même
☐ le représentant légal ☐ autre, précisez:
☐ un secrétariat de commission

I MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Reconnaissance de handicap (1ère demande) - feuillet CEJH blanc "demande de reconnaissance de handicap" obligatoire
☐ Obtention de la carte* d'invalidité *(UNE PHOTO D'IDENTITE EST INDISPENSABLE)
☐ Révision de la situation - feuillet CEJH blanc "demande de reconnaissance de handicap" obligatoire
☐ Orientation scolaire (classe/dispositif d'intégration) ☐ Aménagements pour les examens (tiers-temps...)
☐ Demande de plan d'accompagnement personnalisé (PAP - feuillet CEJH orange). Cette demande est obligatoire pour:
* l'accueil en établissement ou dispositif spécialisé * l'aide aux transports adaptés
* l'aide pour frais supplémentaires (produits spécifiques non remboursés)
* les accompagnatrices de vie (cadre scolaire ou hors cadre scolaire)

II RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT

NOM, prénom de l'enfant :	Ecole/établissement fréquenté:
Né(e) le:	<input type="checkbox"/> public <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> DDEC
Lieu de naissance:	<input type="checkbox"/> FELP
Adresse de l'enfant(à mentionner si différente de celle de la famille)	<input type="checkbox"/> ASEE
Nationalité:	Cours suivi:
Sexe:	Etablissement spécialisé fréquenté :

III COMPOSITION DE LA FAMILLE (au sein de laquelle l'enfant vit)

☐ biologique ☐ adoptive ☐ d'accueil (correspondant) ☐ d'accueil (ASE)

LE PERE ou LE REFERENT Téléphone:

NOM, prénom	Date de naissance:
Activité professionnelle	Adresse:
Couverture sociale principale: nom et numéro	
Couverture sociale complémentaire: nom et numéro	BP:

LA MERE ou LA REFERENTE Téléphone:

NOM, prénom	Date de naissance:
Activité professionnelle	Adresse:
Couverture sociale principale: nom et numéro	
Couverture sociale complémentaire: nom et numéro	BP: