

## DOSSIER DE PRE-POSITIONNEMENT MODE D'EMPLOI

### Objectif

L'objectif du dispositif Pass P'As est de permettre aux personnes adultes présentant un **Trouble du Spectre de l'Autisme Sans Déficit Intellectuel (TSA-SDI)**, d'entamer un parcours d'insertion sociale et professionnelle.

### A qui s'adresse-t-il ?

A des adultes qui présentent un TSA-SDI diagnostiqué et souhaitent bénéficier d'un accompagnement vers l'emploi.

### Mode d'Emploi

Ce dossier de pré-positionnement est un formulaire à compléter avec le bénéficiaire lors d'un entretien. Il comporte des annexes à remettre au bénéficiaire qui les transmettra et les fera renseigner par les professionnels concernés.

Le dossier complété et ses annexes doivent nous être envoyés sous pli confidentiel, à l'adresse ci-dessous.

Pass P'As - Dr Gilles MARTI  
ESRP Beauvoir  
33 Av, de Mousseau  
91035 Evry Cedex

A réception le dossier sera étudié avec attention et une réponse sera apportée sous 15 jours ou un complément d'information sera demandé.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information  
par téléphone **01 74 57 44 83**  
ou par email [passpas91@gmail.com](mailto:passpas91@gmail.com)

NB : Si vous imprimez en recto-verso, il faut sélectionner l'impression recto-verso sur "bords courts et format "paysage".

**ESRP BEAUVOIR**

IDENTITÉ DE LA PERSONNE		REFERENT ADRESSEUR	Date du recueil
Nom <input type="text"/>	Age <input type="text"/>	Profession <input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom <input type="text"/>		Structure <input type="text"/>	
Né(e) le <input type="text"/>	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre  Avez-vous une RQTH ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom <input type="text"/>	
Né(e) à <input type="text"/>		Prénom <input type="text"/>	
Nationalité <input type="text"/>		Tél <input type="text"/>	
		E-mail <input type="text"/>	
<b>Contexte de la démarche (événement qui a conduit à la demande / repérage)</b> <input type="text"/>			
<b>Remarques</b> <input type="text"/>			

**OPPOSITION A L'ÉCHANGE OU AU TRAITEMENT D'INFORMATIONS**

Oui     Non     Orale     Écrite    Date     Personne à l'origine du recueil

Opposition de la personne     Opposition de l'entourage

Si oui, raison de l'opposition à l'échange

Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel     Oui     Non

**ESRP BEAUVOIR**

**COORDONNÉES PERSONNELLES et SITUATION FAMILIALE**

**Si la personne est mineure**

Parents divorcés  Non  Oui

Résidence alternée  Non  Oui

Deuxième adresse

Autorité parentale

**Si la personne est scolarisée**

Filière scolaire

Classe ordinaire

Classe aménagée

Classe spécialisée

Type d'établissement

Public

Privé

Année scolaire en cours

Niveau scolaire

Redoublement  oui  non

PPRE  Oui  Non

PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire :  Oui  Non

## ESRP BEAUVOIR

### Adresse de la personne

(préciser étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)

Téléphone

Email

### Situation familiale

Célibataire    Marié(e)    Pacsé(e)    Divorcé(e)    Veuf(ve)

Autre

Nombre d'enfants

Coordonnées des enfants

## ESRP BEAUVOIR

### HÉBERGEMENT

Recherche d'hébergement en cours  Oui  Non

Hébergement actuel  Propriétaire  Locataire  Hébergé

Accessibilité à l'hébergement  étage  ascenseur  autre renseignement

Existence d'une problématique avec le logement ? Laquelle ? Accessibilité ?

Aménagement et adaptations (WC, salle de bains, autre)

Matériel en place (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)

### MOBILITÉ

Titulaire du permis de conduire  Oui  Non

Mode de déplacement (plusieurs réponses possibles)  Transports en commun  Véhicule personnel

Avez-vous une problématique de déplacement en transport ?

**ESRP BEAUVOIR**

**ENVIRONNEMENT HUMAIN / ENTOURAGE**

**Aidant principal** (identité et coordonnées)

**Nature du lien avec l'aidant**

**Référents familiaux/amicaux** (identité(s) et coordonnées)

**Nature du lien avec le référent familial/amical**

**Personne de confiance**

**Directives anticipées**

Non  Oui

Date de signature

Lieu de conservation des directives anticipées

## ESRP BEAUVOIR

### PARCOURS DE FORMATION

Niveau scolaire

Dernière année scolaire

Diplôme(s) obtenu(s) et année(s) d'obtention

### CENTRES D'INTÉRÊT

Centre d'intérêt 1

Centre d'intérêt 2

Centre d'intérêt 3



**ESRP BEAUVOIR**

**STATUT PROFESSIONNEL et EXPÉRIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S)**

**Statut professionnel**     En emploi     Sans emploi     Étudiant     Autre

	Poste occupé	Durée	Difficulté(s) rencontrée(s)
<b>Dernier poste occupé</b>	<input style="width: 150px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 450px; height: 50px;" type="text"/>
<b>Expérience professionnelle</b>	<input style="width: 150px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 450px; height: 50px;" type="text"/>
<b>Expérience professionnelle</b>	<input style="width: 150px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 450px; height: 50px;" type="text"/>

**Existe-il des troubles du comportement ? Lesquels ?**

**ESRP BEAUVOIR**

**PROJET(S) PROFESSIONNEL(S)**

**Projet professionnel  
1**

**Projet professionnel  
2**

**Projet professionnel  
3**

**Remarques**

**DOSSIER MEDICAL**  
A faire compléter par votre médecin

**DIAGNOSTIC**

Diagnostic TSA  Oui

Date du diagnostic

Médecin ayant posé le diagnostic

RQTH

Oui

Non

Diagnostic(s) associés :

Existe-t-il des troubles du comportement ? Lesquels ?

Existence d'une épilepsie ?

Oui

Non

Facteurs déclenchants crise d'épilepsie

Traitements en cours

ANNEXE B : ASPECT SENSORIEL ET MOTEUR

NOM

PRÉNOM

PARTICULARITES SENSORIELLES			
Ne complétez que les rubriques adaptées à votre situation			
Stimulation	Niveau de sensibilité	Quel type de stimulation ?	Quelle adaptation nécessaire ?
Bruit	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué		
Lumière	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué		
Odeur	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué		
Contact	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué		

**ESRP BEAUVOIR**

<b>Goût</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué		
<b>Autres ...</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué		

**ESRP BEAUVOIR**

**PARTICULARITES MOTRICES**

Ne complétez que les rubriques adaptées à votre situation

TROUBLES STATIQUES		Quel type de trouble ?	Quel retentissement ?
Troubles de la posture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Troubles du tonus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Troubles de l'équilibre au repos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Tics et stéréotypies (balancement, tournoiement, flapping...) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**ESRP BEAUVOIR**

TROUBLES DYNAMIQUES		Quel type de trouble ?	Quel retentissement ?
Troubles de l'équilibre à la marche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Troubles de la coordination motrice (marche, mouvements alternatifs, escaliers, synchronisation bras/jambes) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Coordination oculo-manuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Motricité fine (Précision des gestes) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**ESRP BEAUVOIR**

<b>Vous considérez vous comme malhabile ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Conduite automobile</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Pratiquez-vous une activité physique ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		



**ANNEXE C : ENVIRONNEMENT ACCOMPAGNANT**

**NOM**

**PRÉNOM**

**SUIVI MEDICO – PSYCHO – SOCIAL**

Ne complétez que les rubriques adaptées à votre situation

<b>PROFESSIONNELS</b>	<b>Nom / Prénom</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Email</b>	<b>Remarques</b>
<b>Médecin traitant</b>				
<b>Autre médecin spécialiste</b>				
<b>Autre médecin spécialiste</b>				
<b>Etablissement de soins de référence</b>				
<b>Ergothérapeute</b>				
<b>Psychologue</b>				
<b>Neuro-psychologue</b>				

**ESRP BEAUVOIR**

PROFESSIONNELS	Nom / Prénom	Téléphone	Email	Remarques
Psycho-motricien				
Orthophoniste				
Kinésithérapeute				
Educateur spécialisé				
Infirmier				
Association				
Association				
Autres				

SITUATION SOCIALE			
A faire compléter par votre assistante sociale			
N° de sécurité sociale (de rattachement si mineur)	Caisse	Régime/Caisse d'affiliation	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mutuelle/CMUC/AME	<input type="text"/>		
Caisse d'allocations familiales	Caisse de retraite principale	Caisse de retraite complémentaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>ALD</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours    Si oui, nombre ALD <input type="text"/>			
<b>APL</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>RSA</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Aide sociale</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Autre aide et/ou autres ressources</b> <input type="text"/>
<b>Autres revenus :</b> <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA			
<b>Droits à compensation MDA/MDPH</b>		Période d'attribution du <input type="text"/> au <input type="text"/>	
<b>AAH</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>RQTH</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Taux incapacité</b> <input type="checkbox"/> < 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 %	

**ESRP BEAUVOIR**

<b>Carte mobilité pour l'invalidité</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Carte mobilité pour le stationnement</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ACTP</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ACFP</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PCH</b> <input type="checkbox"/> Oui date d'ouverture des droits <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non		<b>AEEH</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>PPS</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>AVS/AESH</b> <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non	<b>Matériel Pédagogique Adapté</b> <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non	
<b>SESSAD/SEFFS</b> <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié date <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non		<b>Orientation (ULIS, SEGPA)</b> <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée date <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non	
Autres droits MDPH/MDA <input style="width: 80%;" type="text"/>			
<b>Protection juridique</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dossier en cours d'instruction <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> habilitation familiale <input type="checkbox"/> habilitation judiciaire pour représentation du conjoint			
<b>Autre mesure (MAJ, MASP)</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>			
<b>Nom et coordonnées du mandataire</b> <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> familial <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
<b>Si mineur</b> : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement....) <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>			