

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

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	Nom <input type="text"/>	
Né(e) à <input type="text"/>		Prénom <input type="text"/>	
Nationalité <input type="text"/>	Avez-vous une RQTH ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tél <input type="text"/>	
		E-mail <input type="text"/>	
Contexte de la démarche (événement qui a conduit à la demande / repérage) <input type="text"/>			
Remarques <input type="text"/>			

ESRP BEAUVOIR

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)
Dernier poste occupé	<input style="width: 150px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 450px; height: 50px;" type="text"/>
Expérience professionnelle	<input style="width: 150px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 450px; height: 50px;" type="text"/>
Expérience professionnelle	<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

ANNEXE A : MÉDICAL

NOM

PRÉNOM

**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

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

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

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

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"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui, nombre ALD <input type="text"/>			
APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aide sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre aide et/ou autres ressources <input type="text"/>
Autres revenus : <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA			
Droits à compensation MDA/MDPH Période d'attribution du <input type="text"/> au <input type="text"/>			
AAH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RQTH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Taux incapacité <input type="checkbox"/> < 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 %	

ESRP BEAUVOIR

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