# **DEMANDE D’INSCRIPTION SUR LA LISTE D’ATTENTE DU FONDAMENTAL**

## **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES AU SUJET DE L’ENFANT**

**NOM** : ……………………………………………………………… **PRÉNOM** : …………………………………………………….

**DATE DE NAISSANCE** : ……../……../……………. **SEXE** : **M** / **F**

**COMMUNE de résidence : ………………………………………………………………. (CODE POSTAL : …………….)**

**TYPE D’ENSEIGNEMENT PRÉCONISÉ** *(cocher les mentions utiles)* :

[ ]  **TYPE 2 (déficience mentale**) **Autisme :** [ ]  **OUI /** [ ]  **NON**

[ ]  **TYPE 4 (déficience physique) Voiturette :** [ ]  **OUI /** [ ]  **NON**

 **Polyhandicap :** [ ]  **OUI /** [ ]  **NON**

**ORGANISME ORIENTEUR :**

[ ]  **HUDERF** [ ]  **Hôpital ERASME** [ ]  **Centre PMS**

[ ]  **Hôpital SAINT-LUC** [ ]  **Hôpital CHIREC** [ ]  **AUTRE : …………………………………….**

[ ]  **Hôpital SAINT-PIERRE** [ ]  **CHN WILLIAM LENNOX**

**L’enfant est-il déjà SCOLARISÉ ? : OUI / NON**

**Si oui, préciser dans quelle école : ……………………………………………….. Commune : ………………………………….**

## **COORDONNÉES DES PARENTS / DU TUTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| ***RESPONSABLE 1******Père – Mère – Tuteur*** | ***RESPONSABLE 2******Père – Mère – Tuteur*** |
| **NOM :** | **NOM :** |
| **PRENOM :** | **PRENOM :** |
| **GSM :** | **GSM :** |
| **Adresse email :** | **Adresse email :** |

1. **Quel est son comportement ? (Décrivez brièvement celui-ci, ainsi que les situations vécues comme frustrantes par l’enfant)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Au niveau Communication ? (Décrivez brièvement comment votre enfant communique, verbalement – gestuellement – autrement)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Au niveau de l’Autonomie ? (Décrivez brièvement comment votre enfant se déplace, va aux toilettes, mange, …)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Votre enfant a-t-il des problèmes de santé et/ou des allergies ? Si oui, lesquels ?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Votre enfant a-t-il un suivi médical ? Si oui, par quel médecin ? (Indiquer les coordonnées de celui-ci)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**