



INSTITUT SAINT JOSEPH GUEBWILLER

Demande d'admission et d'autorisation de transmission de dossier

Je/nous soussigné(e)(s)
..... agissant en qualité de Père/Mère/Représentant légal*

Nom, prénom de la personne concernée :

Date et lieu de naissance : __/__/____ à

Nationalité : Fille Garçon

Situation scolaire actuelle :
.....
.....

N° dossier MDPH :

Sollicite l'admission à l'Institut Saint Joseph :

- IME
- SESSAD (PMO)

VOS COORDONNEES

MERE NOM Prénom
Adresse
CP VILLE
N° de téléphone
Adresse mail

PERE NOM Prénom
Adresse
CP VILLE
N° de téléphone
Adresse mail

recto/verso

AUTRE NOM Prénom

REPRESENTANT Adresse

LEGAL CP VILLE

N° de téléphone

Adresse mail

J'autorise l'Institut Saint Joseph de Guebwiller à demander les éléments lui permettant d'étudier le dossier aux partenaires suivants :

- Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)****
- Médicaux, paramédicaux (préciser les coordonnées)** :
-
-
- Services extérieurs (CAMSP, CMPP, SESSAD...)**
- Etablissement scolaire ou médico-social (préciser les coordonnées)** :
-
-
- Autres (professionnel libéral...) (préciser les coordonnées)** :
-
-
-

Nous vous remercions de nous retourner le présent document dûment complété et signé :

- Par courrier : Institut Saint Joseph 16 rue de la Commanderie 68500 GUEBWILLER
- Par mail : isj.guebwiller@fondationsaintsauveur.fr

Fait à, le __ / __ / 202__

Signature du responsable légal :

*Barrer la/les mention(s) inutile(s)
** Cocher la/les case(s) correspondante(s)