|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE D’ADMISSION POUR L’INTERNAT**  **DE NOISY LE GRAND**  **87, Rue des Aulnettes**  **93160 Noisy le Grand** | …/…..…/2020 |

**Conseil Départemental Seine Saint Denis**

**Courriel : dir.def@seinesaintdenis.fr**

Pour toutes demandes d’admission, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner cette **fiche** adressée au courriel suivant : **dir.def@seinesaintdenis.fr**.

Votre demande sera examinée dans un délai maximum de 24H.

|  |  |
| --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** | |
|  |  |

**DEMANDE D’ADMISSION EFFECTUEE PAR :**

Nom de l’établissement : ............................................................................................................

N° de Tel : ……………………………… Courriel : ...............................................................................................................

Nom du responsable de l’établissement et N° de Tel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................

Circonscriptions ASE de rattachement : ......................................................................................................................................................

* Type de mesure (OPP, JAE, AP…)……………………………………………………………………………………………………
* Nom de l’inspecteur ASE :………………………………………………………………………………………………………………
* Travailleur Social ASE Référent : ............................................................................................

**DEMANDE D’ADMISSION EFFECTUEE POUR :**

* M.  Melle ………………Date d’entrée souhaitée : ……........................................................................... .
* Nom : ……………………………….
* Prénom : ………………………
* Date de Naissance : ............................................................

Autorité Parentale :  Mère  Père  Autre

N° de Tel de l’Autorité Parentale : …………………………………………………………………………………….

Droits ouverts par l’Autorité judiciaire :  Visites en présence d’un tiers  Visites médiatisées  Droits Réservés par le Magistrat

**Fréquence des visites accordées** :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**SCOLARITE**

Classe fréquentée / Niveau scolaire: ............................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
|  | **MOTIFS DE LA DEMANDE** | | |

Date du confinement du jeune au sein de l’établissement : …………………………………………………………………….

............................................................................................................

Raisons pour lesquelles le jeune ne peut rester dans l’établissement : :........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Informations complémentaires sur le jeune : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS DU MEDECIN TRAITANT** | | |
|  |  |  |
| **Nom du Médecin traitant :** | **Coordonnées téléphoniques :** | **Avis du médecin traitant sur potentielle infection au COVID :**   Oui  Non   Date de l’avis |

N° SS : ..........................................................................................................................................................................

CMU: …  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE ET SIGNATURE DU DEMANDEUR :** | **DECISION DÉLIVRÉE PAR LA DEF:**   Oui  Non   Motifs |