|  |  |
| --- | --- |
|  | POLYNéSIE FRANçAISE |
| Ministère dE L’EDUCATION, DE LA modernisation de l’administration en charge du numérique  DIRECTION GENERALE  DE L’EDUCATION ET DES ENSEIGNEMENTS | **Evaluation sociale** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | DN : |
| Nom de naissance : | | | Régime : |
| Prénom : | | Sexe :  M  F | Date de naissance : |
| Adresse géographique *précise* : | | | |
| BP *obligatoire si existante* : | Commune de domicile : | | Tél : |

Vous demandez une allocation **:**  ASH  AC 1  AC 2

Vous demandez une orientation vers un établissement spécialisé :  handicap physique  handicap mental  polyhandicap *Autre: …………………………………………………………………………………………..*

Vous demandez une orientation scolaire :  Ulis école  Ulis école TFA  Ulis collège

Ulis lycée  Ulis LP  SEGPA  CJA *Autre :* **…………………………………………………………**

Vous demandez une/un :  AVS  Aménagement des conditions d’examen

Etablissement souhaité : …………………………………………………………………..

**Composition de la famille biologique de l’enfant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Père | Nom : | | DN : |
| Prénom : | | Date de naissance : | Régime : |
| Adresse : | | Commune de domicile : | Tél : |
| Profession : | | | BP : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mère** | Nom : | | DN : |
| Prénom : | | Date de naissance : | Régime : |
| Adresse : | | Commune de domicile : | Tél : |
| Profession : | | | BP : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frères et sœurs** | Nom et prénom | Date de naissance | Ecole et classe fréquentée ou profession |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

Nom et prénom des personnes assurant la responsabilité de l’enfant et leurs coordonnées géographiques et téléphoniques : **……………………………………………………………………………………………………………………………………….…….**

**Lieu de vie de l’enfant :**  enfant « fa’amu »  parents biologiques  foyer d'hébergement

*Autre :* **…………………………………………………………………**

Nombres de personnes au foyer : **……..…** dont nombre d’enfants : **……..…**

Rang de l’enfant dans la fratrie : **………..** dont présentant un handicap : **……..…**

**Mode de vie :**   Vit seul  Votre lieu de vie est loin des autres habitations

Votre famille a un moyen de transport  Votre famille a le téléphone

**Logement :** Votre famille est :  propriétaire  locataire  hébergée *Autre :* **……………………..……………..**

Si hébergée préciser :  Oui  Non Si Etablissement, lequel ? **…………………………………..…**

Intérieur adapté au handicap :  Oui  Non Extérieurs accessibles :  Oui  Non

Besoins d’aménagement du logement au handicap : **………………………………………………………………………………**

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

Préciser les caractéristiques de votre lieu de vie :  logement social  fare en bois  fare en dur

*Autre :* **…………………………………………………………………………………………………** Nombre de pièces : **…………...**

A l’intérieur du logement, l’enfant ou l’adolescent dispose d’un espace de vie personnel :   Oui  Non

**Partie réservée au travailleur social :**

Nom du TS : …………………………………………………………..

Service social :  DAS  CPS  IIME  CHM  CHPF*Autre :* **………………………………………………**

Circonscription sociale : **…………………………………………………………………………………………………………………..**

Situation de la personne dans son milieu, dans sa famille, difficultés qu’elle rencontre dans la vie quotidienne tant au niveau social que scolaire, potentialités et capacités à surmonter son désavantage. **Evaluation/diagnostic/projet :**

|  |
| --- |
|  |
| Avis des parents ou des responsables légaux : |
| Avis du TS : |

A **……………………………………………** , le **……….… / ……….… /……….…**

Cachet et signature du TS Visa du responsable de la circonscription