|  |  |
| --- | --- |
|  | POLYNéSIE FRANçAISE |
| MinistèredE 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