



LECAP, *Collectif d'Accompagnement Pluridisciplinaire*

Dispositif thérapeutique de jour pour adolescents

(12 à 20 ans)

Adresse : Batiment 31, 38 route de Sahurs, 76380 Canteleu

Mail : [lecap.saafir@idefhi.fr](mailto:lecap.saafir@idefhi.fr)



## Demande D'admission

Dossier de demande à envoyer par mail : [adoseinepoleusagers@idefhi.fr](mailto:adoseinepoleusagers@idefhi.fr)

Copie pour information : [lecap.saafir@idefhi.fr](mailto:lecap.saafir@idefhi.fr)

*Le dossier d'admission est à remplir, lorsque c'est possible, en concertation avec le ou les parents de l'adolescent ou par le parent.  
En cas d'impossibilité d'obtenir la signature d'au moins un parent, merci d'en préciser la raison en dernière page*

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../..... Lieu : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

#### REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Détenteur de l'autorité parentale :  OUI  NON

Situation familiale :

Marié/ Vie Maritale  Divorcés/Célibataire

Nom/Prénom du beau parent : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Détenteur de l'autorité parentale :  OUI  NON

Situation familiale :

Marié/ Vie Maritale  Divorcés/Célibataire

Nom/Prénom du conjoint : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



SUIVI DE L'ADOLESCENT

Nom/ Coordonnées

Depuis Quand ?

Les Soins :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Pédo-psychiatre : \_\_\_\_\_

Psychologue : \_\_\_\_\_

CAMSP/CMP/CMPP : \_\_\_\_\_

Autres professionnels : \_\_\_\_\_

(Préciser) \_\_\_\_\_

Social :

Mesure Educative  OUI  NON \_\_\_\_\_

Service Social : \_\_\_\_\_

Autres professionnels : \_\_\_\_\_

(Préciser) \_\_\_\_\_

Hospitalisation Récentes Et/ou fréquentes :  OUI  NON  En COURS depuis : ...../...../.....

Lien/Coordonnées \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Dossier MDPH :  OUI  NON  Demande en cours

Si oui, préciser la nature de la demande : \_\_\_\_\_

Scolaire :

Votre enfant se rend-t' il à l'école ?  OUI  NON

Bénéficie-t-il d'aménagement scolaire ?  OUI  NON Si oui lesquels : \_\_\_\_\_

LA DEMANDE

Motif de la DEMANDE :

Merci de préciser l'objet des difficultés rencontrées par l'adolescent dans son quotidien :

A L'ECOLE ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## A LA MAISON ?

---

---

---

---

---

## AUTRES ?

---

---

---

---

---

Y-a-t-il eu des changements récents dans la vie de l'enfant ?  OUI  NON

*Préciser la nature des changements :*

---

---

---

Les difficultés de l'enfant sont-elles en lien avec un évènement particulier ?  OUI  Non

*Préciser :*

---

---

---

Vous avez été orienté par : (s'il s'agit d'un professionnel, merci de préciser son nom et sa fonction)

---

## SIGNATURE DES PARENTS :

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

En cas d'impossibilité d'obtenir la signature d'au moins un parent, merci d'en préciser le motif ainsi que vos coordonnées :

Impossibilité d'obtenir la signature du parent, *motif* : \_\_\_\_\_

---

## SIGNATURE DU PROFESSIONNEL :

Organisme/ Fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :



## DOCUMENTS À JOINDRE

Afin d'évaluer au mieux le motif de l'orientation du jeune vers notre structure, nous vous demandons de joindre à ce dossier au moins un de ces 3 documents :

- COURRIER DU MEDECIN (sous pli confidentiel ou à l'attention du médecin de notre service : [valerie.pera@idefhi.fr](mailto:valerie.pera@idefhi.fr))
- Evaluation psychologique
- Rapport Educatif/ et ou Sociale

Ainsi que les pièces Administratives suivantes :

- Photocopie de la pièce d'identité de l'enfant
- Fiche : « Accord Parental »
- Justificatif de domicile

A réception de ces documents :

- 1 Vous ou tous professionnels ayant adressé pourront être recontacté pour obtenir des compléments d'information.
- 2 Le dossier sera vérifié par notre assistante sociale et déclaré complet.
- 3 Un rendez-vous de préadmission vous sera fixé par le médecin de notre structure pour vous rencontrer, vous et votre enfant. Un professionnel de notre équipe se rendra également disponible pour vous présenter le dispositif.
- 4 Votre dossier sera présenté lors de la prochaine commission d'attribution.
- 5 Si votre demande est recevable : Un rendez-vous d'admission sera fixé en présence de tout ou partie des professionnels de notre structure, afin de faire connaissance et de pouvoir définir la nature des interventions.
- 6 Simultanément, des rendez-vous seront fixés au CAP ou en extérieur entre le jeune et un/ou des membres de notre équipe.
- 7 Selon vos besoins, l'accueil par notre équipe pourra se faire 1 à 3 fois par semaine durant 6 mois, renouvelable 1 fois.

### Utilisation des données :

Vos informations sont traitées de manière informatisée dans le respect des conditions légales telles qu'elles résultent de la loi informatique et liberté n°78-17 modifiée en 2004 et par la loi n°2012-293 du 20 juin 2012 suite à l'entrée en vigueur le 25/05/2018 du règlement européen sur la protection des données personnelles du 27/04/2016. Le traitement de vos données est réalisé dans l'unique finalité de faciliter le traitement de vos droits, assurer la bonne transmission des informations vous concernant. Seuls auront accès à vos données : les professionnels autorisés qui participent à votre prise en charge/ ou qui sont membres de l'équipe médico-social.



AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE

MEDICO-PSYCHO-SOCIAL

Je soussigné, Madame / Monsieur (rayer la mention inutile) .....,  
agissant en qualité de père / mère (rayer la mention inutile), détenteur de l'autorité parentale, autorise mon  
enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

A bénéficié d'un accompagnement médico/ psycho / éducatif et social au sein de l'équipe du CAP.

Ci-joint mes coordonnées :

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

A (lieu)....., Le ( date).....

Signature :