

**DEMANDE DE REVISION DU REGIME D’ACCUEIL EN VUE DE L’ADMISSION D’UN ENFANT**

Cette demande est à adresser à la Maison Départementale de l’Autonomie – Service Evaluation Médico-sociale –

15, avenue Doyen Louis Weil – BP 337 – 38010 Grenoble Cédex 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de Classothèque** |  | |
| **NOM et Prénom** |  | |
| **Date de Naissance** |  | |
| **Adresse de résidence** |  | |
| **Coordonnées des représentants légaux** |  | |
| **Etablissement proposant l’admission** |  | |
| **Date prévue de l’admission** |  | |
| **Nouveau régime d’accueil souhaité permettant l’admission** | * Semi-internat temps plein * Semi-internat temps partiel * Internat temps plein * Internat temps partiel | |
| **Copie du dossier de l’enfant à transmettre à l’établissement** | * oui □ non | |
| **Pièces à joindre obligatoirement** | * Copie de la décision dont il est demandé la modification | |
| ***Remarque : la décision initiale sera toujours valable et l’objectif est de permettre à terme l’accueil de l’enfant selon les modalités qui avaient été définies initialement.*** | | |
| Fait à …………………………………………., le …………………  Le(s) représentant(s) légal(aux) de l’enfant | | Fait à ……………………..……..……..………., le ……………………  Le directeur de l’établissement d’accueil |

|  |
| --- |
| Outils de travail / régime d’accueil pour admission – DAU – EMS Pôle enfant |