**FICHE SAISINE**

**Instance Locale de Concertation (ILC)**

Il n’est pas obligatoire de répondre à tous les items. Vous pouvez remplir cette fiche selon vos informations et la renvoyer, accompagnée de l’autorisation parentale ou du jeune majeur, à : Nadège CHANOURDIE - chargée de mission - n.chanourdie@arseaa.org – 06 49 27 45 28

|  |
| --- |
| ***Professionnel saisissant l’ILC :***NOM : PRENOM :Fonction : Lien avec l’enfant/le jeune concerné :Lieu d’exercice : ADRESSE :TELEPHONE : MAIL : |

|  |
| --- |
| ***Enfant/jeune concerné par l’ILC :***NOM : PRENOM :Date de naissance :Scolarisé : 🗆 OUI 🗆 NONNom et coordonnées de l’établissement :Notifications MDPH : 🗆 OUI 🗆 NON 🗆 en cours Préciser :Nom du médecin traitant : Coordonnées :Accompagné par un établissement médico-social :  🗆 DITEP 🗆 IME 🗆 autres (ex : SESSAD spécifique) 🗆 en attente d’une place Coordonnées de l’établissement (adresse, téléphone, mail) : Type d’accompagnement : 🗆 Accueil de jour 🗆 Accueil de nuit 🗆 Interventions ambulatoires  Suivi en cours : 🗆 CMP/CMPP 🗆 Hôpital de jour 🗆 CATTP 🗆 suivi en libéral : Coordonnées de l’établissement/service et/ou professionnel (adresse, téléphone, mail) : Des suivis sont-ils en attente actuellement ? si oui lesquels ?Des suivis ont-ils été arrêté ? si oui lesquels ? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Contexte familial de l’enfant/du jeune :***Représentants légaux : 🗆 père 🗆 mère 🗆 autre : Composition familiale :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature du lien :** | Nom, Prénom, date de naissance |
| **Mère :**  |  |
| **Père :**  |  |
| **Fratrie :****-****-****-****-** |  |
| **Autres personnes ressources :** |  |

Mesure de protection de l’enfance : 🗆 OUI 🗆 NON Mesure d’aide éducative : 🗆 OUI 🗆 NON  Si oui : 🗆 administrative : 🗆 judiciaire :Coordonnées :Mesure de placement : 🗆 OUI 🗆 NON  Si oui : 🗆 administrative : 🗆 judiciaire :Coordonnées (référent, lieu de placement, …) :  |

|  |
| --- |
| ***Objet de la demande :***Description de la situation / nature des difficultés, des préoccupations :En quoi la situation est-elle à risque de devenir complexe selon vous ? |

|  |
| --- |
| ***Actions déjà mobilisées :*** |

|  |
| --- |
| ***Instance(s) au cours desquelles la situation a déjà été évoquée :***Nom de l’instance : Date :- -- -- - |

|  |
| --- |
| ***Partenaires concernés, connus, à inviter et/ou à mobiliser :****Préciser les noms et, si vous les connaissez, les coordonnées* Professionnels exerçant en libéral (médecins, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, éducateurs, sages-femmes, ergothérapeutes, …) :Secteur de l’enseignement (éducation nationale, CFA, lycée agricole, MFR, …) :Secteur social et judiciaire (MDS, ASE, PMI, AEMO, PAD, PJJ, MECS, …) :Secteur sanitaire public (CMP, Hôpital de jour, CATTP, …) :Secteur médico-social (DIME, DITEP, SAMSAH, SAVS, …) :Secteur de l’insertion professionnelle (mission locale, …) :Secteur de le petite-enfance (crèches, lieu accueil parents-enfants, …) :Autres dispositifs (club de prévention, réussite éducative, espaces jeunes, CCAS, …) : |