**Formulaire d’admission**

**Informations préliminaires pour l’enregistrement d’une demande de placement**

***A remplir par l’assistant(e) social(e)***

|  |
| --- |
| Date de la demande :       |
| Nom/prénom du(de la) jeune :       |
| Date de naissance :       Lieu de naissance :       |
|  |
| Domicile légal (adresse) :       |
|        |
| NPA/Localité :             |
|   |
| Nationalité : [ ]  CH Origine :       |
|  [ ]  Autre/Pays :        |
| Type de permis :       Date d’expiration  :       |
|  |
| Confession religieuse :       |
| Couleur yeux  :       Couleur cheveux  :       |
| Taille  :       Poids :       |
| Signes particuliers :       |
|        |
| Fréquentations, lieux  :       |
|        |
| Caisse maladie :        |
| No. d’assuré(e) :        |
| RC privée :       |
| **No. AVS *(champ obligatoire)*** :       AI : Oui [ ] Non [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées du père** | **Coordonnées de la mère** |
| Nom/Prénom       | Nom/Prénom      |
| Adresse       NPA/Localité  :       | Adresse     NPA/Localité :             |
| Téléphone :       | Téléphone :       |
| Profession :       | Profession :       |
| Situation conjugale :[ ] Célibataire [ ] Marié [ ] Séparé[ ] Divorcé [ ] Remarié [ ] Veuf | Situation conjugale :[ ] Célibataire [ ] Mariée [ ] Séparée[ ] Divorcée [ ] Remariée [ ] Veuve |
| Représentant légal [ ]  oui [ ]  non | Représentant légal [ ]  oui [ ]  non |
| Droit de garde [ ]  oui [ ]  non | Droit de garde [ ]  oui [ ]  non |
| Droit de visite [ ]  oui [ ]  nonModalités :      | Droit de visite [ ]  oui [ ]  nonModalités :      |

**Fratrie**  : [ ] Frère(s) Nbre :     [ ] Sœur(s) Nbre :

 [ ] Demi-frère(s) Nbre :     [ ] Demi-sœur(s) Nbre :

**Assistant(e) social(e) en charge du dossier :**

|  |
| --- |
| Nom, prénom :       |
| Service :       |
| Adresse :       |
| NPA Localité :       |
| Téléphone usuel :       Fax :       |
| Téléphone en cas d’urgence :       Email :       |

**Bases légales du placement** (*cocher ce qui convient*)

|  |
| --- |
| [ ]  Droit pénal des mineurs, art. 15 DPMin |
|  |
| Juge (*Nom, prénom, adresse*) |
|       |
|       |
| Tél. :       Fax :       Email  :       |
|  |
| [ ]  Droit civil [ ]  Art. 308 CCS [ ]  Art. 310 CCS [ ]  Art. 312 CCS  |
| [ ]  Droit public (*placement ordonné par un service social sur demande des parents*) |

**Financement du placement par** **:**

(*nom et adresse*)

|  |
| --- |
|       |
|       |

*N.B. : La garantie financière doit nous parvenir avant l’entrée du(de la)jeune.*

**Budget personnel souhaité** **[ ]  oui** **[ ]  non**

*Le budget personnel sera attribué sous forme de montant forfaitaire selon les « Recommandations du Service Cantonal de la Jeunesse (du Valais) concernant le budget personnel pour enfants et jeunes placés en institution d’éducation spécialisée »*

**Situation du jeune**

|  |
| --- |
| Histoire familiale et contexte actuel |
|       |
| Evénements significatifs de ces dernières années (*parcours institutionnel et/ou scolaire, projet, rupture….)* |
|       |
| Evénements traumatiques vécus *(décès, harcèlement, maltraitance, séparation conflictuelle des parents…)* |
|       |
| Problématique et délits *(décision de justice, civile et pénale)* |
|       |
| Occupation actuelle |
|       |
|  |
| Ressources, centres d’intérêt |
|       |

**Troubles observés**

|  |
| --- |
| [ ]  Troubles du comportement [ ]  Troubles de la personnalité  |
|  |
| [ ]  Autres, à définir :       |
|       |
| Historique des suivis thérapeutiques |
|       |

**A-t-il/elle une médication ?**  [ ]  Oui [ ]  Non

|  |
| --- |
| Si oui, laquelle ? (*origine et cause du traitement*)  |
|       |
| **Prescrite par** (*nom, prénom, adresse, tél*.)  |
|       |

**Y a-t-il un suivi thérapeutique en cours** [ ]  Oui [ ]  Non

|  |
| --- |
| Si oui, de quel type (*psychologique, psychiatrique, pour la toxicomanie, etc*.) et auprès de quel organisme/personne (*indiquer les coordonnées complètes svp*) |
|       |

**Antécédents médicaux** (*centre de jour, hospitalisation en psychiatrie, etc*.)

|  |
| --- |
|       |

**Incapacités physiques, allergie(s), asthme** (*temporaire ou permanente*)

|  |
| --- |
|       |

**Où le/la jeune passera-t-il/elle les week-ends et les vacances ?** (*nom, prénom, adresse et téléphone des personnes susceptibles d’accueillir le/la jeune si différentes des parents*)

|  |
| --- |
|       |

**Objectifs du placement à l’Institut Saint-Raphaël**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| **Date d’entrée souhaitée :**  |

**La présente demande est adressée au** :

[ ] Centre pédagogique et scolaire, Champlan

[ ] Centre de préformation mixte, Champlan

[ ] Centre de préapprentissage, Sion

[ ] Foyer pour jeunes travailleurs, Sion

***N.B. : Une anamnèse complète doit parvenir au centre concerné par la demande d’admission, avant la visite de l’institution.***