



Institut Médico-Educatif Eurométropole

Sites Enfants Roethig et Simone Veil

12, rue du Scharrach 67200 STRASBOURG

32, rue Maria Callas 67380 LINGOLSHEIM

accueil.imerothig@arsea.fr

Sites adolescents Ganzau

118 rue de la Ganzau 67100 STRASBOURG

accueil.imeganzau@arsea.fr

Madame, Monsieur,

Vous nous avez contactés afin de procéder à l'inscription de votre enfant dans notre établissement (Site enfants 6 à 14 ans ou Site adolescents 14 à 20 ans). A ce jour, il ne nous est pas possible de donner une suite favorable à votre demande faute de place vacante.

Afin de prendre un premier contact, ou de compléter nos premiers échanges, nous vous prions de bien vouloir nous retourner le document ci-joint rempli et signé

Pour nous permettre de maintenir notre liste d'attente à jour, vous voudrez bien nous informer d'un éventuel changement de coordonnées ou d'une admission dans un autre établissement.

Restant à votre disposition, et dans l'attente de votre retour, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

La Directrice,
Nathalie GANTZER

Sites enfants Roethig & Simone Veil
12, rue du Scharrach - 67200 STRASBOURG
accueil.imerothig@arsea.fr

Site adolescents Ganzau
118 rue de la Ganzau – 67100 STRASBOURG
accueil.imeganzau@arsea.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – ENFANTS EN ATTENTE

Nom – Prénom de l'enfant : _____
Date de Naissance : _____
N°de dossier MDPH : _____

Notification en cours de validité pour un IME :

- Oui - Date d'échéance : _____
 Non
 Demande en cours – Date de la demande : _____

Nom et coordonnées du responsable légal :

Tel : _____/Mail : _____

Je soussigné(e), _____, père/mère/tuteur, souhaite que mon enfant soit inscrit sur la liste d'attente de l'IME Eurométropole :

- Site enfants Roethig et Simone Veil (6-14 ans)
 Site adolescents Ganzau (14 – 20 ans)

Mon enfant est actuellement pris en charge :

- Uniquement au domicile
 Etablissement scolaire
Classe/Niveau : _____
Nom de l'établissement : _____
- Centre médico-psychologique Hôpital de jour CATTP Consultation
Fréquence : _____
Nom de l'hôpital et du médecin : _____
- Etablissement ou service médico-social
Nom et coordonnées de la structure : _____
- Autre prise en charge : _____
- Intervention d'un travailleur social et coordonnées (services de secteur, AEMO, ASE, AED) :

Date et signature :

Tournez SVP



