



Bilan ESMS Enfance

Version avril 2025

Le bilan du service ou de l'établissement constitue un support à la démarche d'évaluation de la situation et des besoins de compensation de la personne. Il vient compléter d'autres sources d'information (dossier MDPH avec projet de vie, GEVASco, bilans médicaux et paramédicaux...).

Ce document est à compléter par l'équipe de l'établissement d'accueil ou service d'accompagnement. Cette pièce fait partie du dossier MDPH de l'utilisateur, consultable à sa demande.

Date de l'évaluation : ---

Nom, fonction et contact du professionnel chargé de l'évaluation : ---

☐ J'atteste avoir obtenu l'accord de l'utilisateur ou de ses représentants légaux pour transmettre ce document à la MDPH.

NOM ---	Prénom ---
Date de naissance ---	N° dossier MDPH ---
Identité et adresse du responsable légal 1 ---	Téléphone du responsable légal 1 ---
Identité et adresse du responsable légal 2 ---	Téléphone du responsable légal 2 ---
Mesure protection de l'enfance Choisissez un élément. Si oui, type de mesure : ---	Mesure de protection juridique Choisissez un élément. Préciser le cas échéant : ---

CONTEXTE DU BILAN : Choisissez un élément.

Précisez le cas échéant : ---



SITUATION ACTUELLE

Etablissement ou service fréquenté : ---

Date d'entrée : ---

Modalité d'accompagnement : Choisissez un élément.

Précisez le cas échéant : ---

Fréquentation : Choisissez un élément.

Précisez le cas échéant : ---

Modalité de scolarisation : Choisissez un élément.

Précisez le cas échéant : ---

☐ Emploi du temps actualisé annexé (facultatif)

Prises en charge actuelles

<i>Suivi</i>	ESMS ou libéral conventionné	Fréquence - Précisions
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	---
Neuropsychologue	<input type="checkbox"/>	---
Psychologue	<input type="checkbox"/>	---
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	---
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	---
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	---
Educateur	<input type="checkbox"/>	---
Kiné	<input type="checkbox"/>	---
Infirmier	<input type="checkbox"/>	---
APA	<input type="checkbox"/>	---
<i>Autre, précisez :</i>		---
---	<input type="checkbox"/>	---
---	<input type="checkbox"/>	---
---	<input type="checkbox"/>	---



BILAN GENERAL

Votre service ou établissement vous semble-t-il adapté aux besoins actuels et futurs de l'enfant ?

Choisissez un élément.

Décrivez en quelques lignes en quoi votre service ou établissement répond ou non au projet et aux besoins de la personne (maintien des acquis, développement de compétences, ...).



ELEMENTS CONCERNANT LE PROJET D'ORIENTATION

Quel est l'avis de l'équipe sur l'orientation ?

Choisissez un élément.

Précisez si besoin : Choisissez un élément.

Autres précisions - Spécificité de l'ESMS recherché... : ---

Lien de l'équipe de l'ESMS avec les responsables légaux

Choisissez un élément.

Précisez si besoin :



ATTENTION

Tous les éléments concernant les compétences et acquisitions scolaires doivent être détaillés dans le GEVA-sco.

L'enfant est-il autonome en termes de mobilité ?

	Complètement	Avec aide humaine partielle	Avec aide humaine totale	Non concerné
Se déplacer à l'intérieur d'un lieu connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur, dans un lieu connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur, dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment évaluez-vous les capacités de l'enfant ?

Capacité...	Très bonne	Bonne	Faible	Très faible	Non concerné Non évaluable
à s'intégrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à supporter le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à adopter une attitude d'élève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à respecter des règles de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à respecter des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à s'engager dans la tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à aller seul au bout d'une tâche à sa portée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à exprimer ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant nécessite-t-il une vigilance particulière demandant un encadrement plus important (besoins médicaux, mise en danger, difficultés ou troubles nocturnes...) ? [Choisissez un élément.](#)

Précisez si besoin :

SIGNALEMENT D'INCIDENTS

Incidents signalés en interne

Années (les 3 dernières)	Nombre d'incidents signalés en interne	Précisions si nécessaire

Evénements indésirables signalés ARS

Années (les 3 dernières)	Nombre d'évènements indésirables signalés	Précisions si nécessaire

Quels sont les autres besoins que vous identifiez ?

- ☐ Coordination de parcours complexe
☐ Besoins particuliers (détaillez) :
