



## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

- EN FOYER DE VIE
  
- EN ACCUEIL DE JOUR

### RENSEIGNEMENTS PRINCIPAUX / COMPLEMENTAIRES

#### Etat civil :

Nom :	Prénoms :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	N° Carte de d'identité

*joindre une copie de la carte d'identité*

#### Situation familiale :

Situation de famille :  célibataire       marié.ée / en union libre       veuf.ve

	Père	Mère
NOM Prénom		
Adresse		
Téléphone		
Date de naissance		
Date de décès le cas échéant		

Enfants			
NOM Prénom			
Date de naissance			
Date de décès le cas échéant			
Personne « ressource » pouvant être contactée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Frères			
NOM Prénom			
Date de naissance			
Date de décès le cas échéant			
Personne « ressource » pouvant être contactée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Sœurs			
NOM Prénom			
Date de naissance			
Date de décès le cas échéant			
Personne « ressource » pouvant être contactée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Coordonnées et lien de parenté avec toute autre personne « ressource » pouvant être contactée :

.....

.....

.....

.....

**Lieu de résidence :**

ature du lieu de résidence actuel :	Adresse

**Renseignements administratifs :**

Numéro de Sécurité sociale :	Caisse CPAM / MSA de :
------------------------------	------------------------

*joindre une copie de l'attestation de S.S.*

Mutuelle :	Date d'échéance : / /
------------	-----------------------

*joindre une copie le carte de mutuelle.*

N° du dossier MDPH : ..... :

Décisions d'Orientations de le CDAPH	Date d'effet	Date de fin

*joindre une copie des notifications.*

**Mesure de protection :**

Une mesure de protection est-elle en place ?

Si oui laquelle ?

Coordonnées de la personne ou de l'organisme désigné :

*(Joindre une copie du jugement)*

### **Médecin traitant**

Nom	Adresse	N° de téléphone

### **Médecins spécialisés**

Nom	Adresse	Spécialité

**Parcours de vie :**

Merci de décrire en quelques lignes chaque période importante de votre parcours de vie :  
(Scolarité, emploi, structures fréquentées...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(Copies si existantes de synthèses, notes éducatives, bilans psychométriques, ...)*

**Projet de vie et attentes :**

Merci de décrire votre projet de vie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quels sont vos centres d'intérêts :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quelles difficultés rencontrez dans votre quotidien ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Préciser les motifs de votre demande d'admission :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Autonomie :**

<b>Soins personnels</b>	<b>Seul</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
Hygiène corporelle			
Habillage et déshabillage			
Elimination, utilisation des toilettes			
Prise des repas			

<b>Mobilité</b>	<b>Seul</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
Déplacements à l'intérieur			
Déplacements à l'extérieur			
Utilisation des escaliers			
Utilisation des transports en commun			

<b>Orientation et relations avec autrui</b>	<b>Pas de difficultés</b>	<b>Difficultés moyennes</b>	<b>Ne fait pas</b>
Orientation dans le temps			
Orientation dans l'espace			
Communication			
Ecriture et lecture			
Compréhension de consignes simples			
Respect des règles de vie			
Respect des consignes de sécurité			
Prise d'initiatives			
Relations avec autrui			



<b>Vie quotidienne</b>	<b>Pas de difficultés (gère seul.e)</b>	<b>Difficultés moyennes (besoin d'un accompagnement)</b>	<b>Ne fait pas</b>
Prendre son traitement			
Faire des courses			
Préparer un repas			
Faire la vaisselle			
Faire son ménage			
Entretenir son linge			
Gérer son argent de poche			
Participer aux activités sportives			

Quelle est la qualité de votre sommeil ?

Etes-vous fumeur ?

Si oui, quelle est votre consommation journalière de tabac?

**habitudes de vie**

**Nom du médecin ayant remplis ce volet : .....**

**NOM, Prénom du demandeur** \_\_\_\_\_

**Poids :** \_\_\_\_\_ **taille :**

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

**Nature et origine du handicap**

**Diagnostic et affections en cours**

**Traitement en cours** *(joindre la copie de l'ordonnance)*

### Prises en charge

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Autre					

### Fonctions sensorielles

Fonction sensorielle	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Vue			
Ouïe			
Toucher			

### Appareillages

Lunettes :  OUI  NON

Appareil auditif :  OUI  NON

Orthèse ou prothèse :  OUI  NON

Déambulateur :  OUI  NON

Fauteuil roulant manuel :  OUI  NON

Autre : .....

.....

.....

**Contraception**

Prenez-vous une contraception ?  OUI  NON Si oui, laquelle ?.....

**Allergies :**

Avez-vous des allergies ?  OUI  NON Si oui, lesquelles ?.....

.....  
.....

**Vaccinations**

Vos vaccinations sont-elles à jour ?  OUI  NON

*(Joindre copie du carnet de vaccination)*

**Fais-le ...../...../..... A .....**

**Signature du demandeur et ou de son représentant légal**