



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 :

nature 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 de la 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

Quelles difficultés rencontrez dans votre quotidien ?

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

Préciser les motifs de votre demande d'admission :

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

Autonomie :

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

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

Orientation et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
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			

Vie quotidienne	Pas de difficultés (gère seul.e)	Difficultés moyennes (besoin d'un accompagnement)	Ne fait pas
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