

DOSSIER ADMISSION
Renseignements administratifsAccueil souhaité :

- Accueil permanent
 Accueil temporaire
 Accueil de jour

Dossier complété par :

NOM :
Prénom :
Fonction :

| ETAT CIVIL | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| Civilité : | <input type="checkbox"/> Madame | <input type="checkbox"/> Monsieur |
| NOM de naissance : | Prénom : | |
| NOM d'usage (si différent) : | | |
| Date de naissance : / / | | |
| Lieu de naissance Commune : | Code postal : | Pays : |
| LIEU DE RESIDENCE ACTUEL | | |
| Vous résidez : | | |
| <input type="checkbox"/> Domicile personnel | | |
| <input type="checkbox"/> Hébergé au domicile familial : | | |
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Les deux | | |
| <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| <input type="checkbox"/> Etablissement Médico-Social (Précisez) : | | |
| <input type="checkbox"/> Etablissement Sanitaire (Précisez) : | | |
| Adresse : | | |
| Ville : | | |
| Code postal : | | |
| COORDONNEES | | |
| Téléphone 1 : | | |
| Téléphone 2 : | | |
| Mail : | | |

Domicile de secours (si différent du domicile actuel) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :

SITUATION FAMILIALE Célibataire Concubinage Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) :

Nombre de frères et/ou sœurs :

Parents :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Fratric :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Enfant(s) :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER*(aidants familiaux, tuteurs/tutrices, curateurs/curatrices, ami(es), ...)***Référent familial ou professionnel, personne de confiance :**Lien (*parent, frère/sœur, enfant, ami(e), ...*) :

Nom :

Prénom :

N° et voie :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :

① Lien :

Nom :

Prénom :

N° et voie :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :

② Lien :

Nom :

Prénom :

N° et voie :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :

③ Lien :

Nom :

Prénom :

N° et voie :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :

④ Lien :

Nom :

Prénom :

N° et voie :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :



COUVERTURE SOCIALE

Sécurité Sociale

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : _____

 Caisse d'Assurance Maladie (*Précisez le département*) : _____

Complémentaire Santé

Nom : _____

N° et voie : _____

Code postal : _____

Ville : _____

N° adhérent : _____



DECISIONS CDAPH

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

N° dossier familial : _____

Département MDPH : _____

| | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Notification d'orientation en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Date d'échéance de l'orientation en FAM : / / | | |
| Carte Mobilité Inclusion Stationnement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Date d'échéance : | | |
| Carte Mobilité Inclusion Invalidité : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Date d'échéance : | | |



RESSOURCES ET DROITS SOCIAUX

(cochez les cases correspondantes)

| | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Salaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Complément ressources | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allocation supplémentaire d'invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allocation Adulte Handicapé (AAH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) : | | |



MESURE DE PROTECTION

Y a-t-il une mesure de protection ?

OUI

NON

EN COURS

NE SAIT PAS

Si **OUI** :

Tutelle

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Mandat de protection future

Sauvegarde de justice

Autre :

Identité tuteur(trice) / curateur(trice) / mandataire judiciaire :

Nom :

Prénom :

N° et voie :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mail :

Organisme :

OU

Lien de parenté :

Parent

Conjoint

Enfant

Autre (préciser) :

PARCOURS PERSONNEL**HISTORIQUE DES ETABLISSEMENTS FREQUENTES**

| NOM de l'établissement | Ville/Code postal | Téléphone Mail | Date d'entrée | Date de sortie | NOM du médecin référent |
|------------------------|-------------------|-------------------|---------------|----------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VIE PROFESSIONNELLE

- Vous êtes : En activité professionnelle
 Sans activité professionnelle
 Retraité
 Autre :

PROJET DE VIE

(centres d'intérêt, priorités, envies, attentes, difficultés, ...)

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

**DOSSIER ADMISSION****Liste documents à jour à joindre***(uniquement des photocopies, pas d'originaux)*

| | |
|---|--|
| Notification MDPH d'orientation en FAM | |
| Carte Nationale d'Identité | |
| Attestation droits Sécurité Sociale | |
| Mutuelle ou Complémentaire Santé Solidaire | |
| Carte Mobilité Inclusion et/ou Stationnement | |
| Jugement de protection ou Mesure de sauvegarde judiciaire | |
| Ressources financières (AAH, PCH, RMI, RSA, autres ...) | |
| Attestation d'Assurance Responsabilité Civile | |
| Évaluation sociale par un(e) professionnel(le) (non obligatoire mais vivement recommandé) | |