

FOYER DE VIE LUCALOUS MEYRUEIS



DOSSIER D'ADMISSION

NOM :

Prénom :

Rue du 19 Mars 1962,
48150 Meyrueis
foyer.admission@adapei48.org
04.66.49.82.00

DOSSIER ADMINISTRATIF

IDENTITE DU RESIDENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Situation de famille :

Nationalité :

Religion (*facultatif*) :

Photo d'identité

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE DU RESIDENT

Est-il sous : Tutelle Curatelle Simple Curatelle Renforcée

Habilitation familiale

Nom du représentant légal :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

FAMILLE DU RESIDENT

Parent 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Date de naissance : __/__/____

En cas de Décès - Date : __/__/____

Profession :

Parent 2

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Date de naissance : __ / __ / ____

En cas de Décès - Date : __ / __ / ____

Profession :

Fratie : Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Mail, Date de naissance, Profession

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

Autres personnes (*indiquer le lien de parenté éventuel*) :

.....
.....

Situation relationnelle avec la famille :

Courriers, séjours, visites, appels téléphoniques : à quelle fréquence ?

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

CONJOINT(E) DU RESIDENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance : __ / __ / ____

En cas de Décès - Date : __ / __ / ____

Profession :

COUVERTURE SOCIALE DU RESIDENT

Numéro d'immatriculation : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Caisse :

Ayant droit (nom de l'assuré) :

Assuré volontaire :

MDPH

Perçoit-il l'Allocation Adulte Handicapé ? Oui Non

Perçoit-il l'Allocation Compensatrice Tierce Personne ? Oui Non

A-t-il une Carte d'Invalidité ? Oui Non

Si oui, N° : Taux : % Echéance :/...../.....

Orientation « Foyer de Vie » Oui Non

Date :/...../... Département : Echéance :/...../.....

Autre orientation : Oui Non

Laquelle :

SITUATION ACTUELLE DU RESIDENT

Est-il actuellement en institution : Oui Non

Si oui, Quel type d'établissement :

Depuis quelle date :

Est-il toujours resté en famille ? Oui Non

Bénéficie-t-il d'un suivi par un service social ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

DIVERS

Personne et /ou service à prévenir en cas d'accident :

N° de téléphone :

Personnes susceptibles de le recevoir pour des week-ends ou des séjours familiaux ? A quelle fréquence ?

.....
.....
Adresse (si nécessaire) :
.....
.....

HISTORIQUE DU PARCOURS DU RESIDENT

Famille Dates de : .../.../... à : .../.../...

TYPES D'ETABLISSEMENTS PRECEDENTS (IME, IMP, IMPRO, Foyer de Vie, Foyer Occupationnel, ESAT, autre)

Oui Non

Si oui : lequel :..... de : .../.../... à : .../.../...
 lequel :..... de : .../.../... à : .../.../...
 lequel :..... de : .../.../... à : .../.../...

AUTONOMIE

COMMUNICATION

* **Emission**

Parler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Compréhensible de tout le monde	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Compréhensible des personnes averties	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ecriture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gestes – mimiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autres (préciser) :
.....
.....

* **Perception**

Du langage parlé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
De l'écriture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des gestes mimés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Partielle (*préciser*) :

.....
.....

Observations éventuelles :

.....
.....

HYGIENE

* **Possibilité de se laver seul :**

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Le visage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Les mains | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Les dents | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Le corps entier | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Dans une baignoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Dans une douche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

* **Possibilité d'utiliser les toilettes :**

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| De lui-même | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sur sollicitation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

* **Continence :**

- | | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|
| Diurne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nocturne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

* **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Observations éventuelles :

.....
.....

HABILLAGE

* **Possibilité de :**

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| S'habiller seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sur sollicitation |
| Se déshabiller seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sur sollicitation |
| Choisir ses vêtements | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sur sollicitation |
| Boutonner | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sur sollicitation |
| Mettre des chaussures | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sur sollicitation |

Lacer des chaussures Oui Non Sur sollicitation

Mettre les appareils orthopédiques Oui Non Sur sollicitation

✳ **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Observations éventuelles :

.....
.....

ALIMENTATION

✳ **Possibilité de :**

S'alimenter seul Oui Non

Boire seul Oui Non

✳ **Nécessité :**

D'un régime adapté Oui Non

Si oui, lequel.....

Observations éventuelles :

.....
.....

SOCIALISATION

Participe-t-il aux tâches collectives : Oui Non Sur sollicitation

Comment réagit-il en groupe ?

.....
.....

Quel est son rapport à l'autorité ?

.....
.....

Quelle relation entretient-il avec l'équipe encadrante ?

.....
.....

A-t-il été scolarisé : Oui Non

Jusqu'en quelle classe :.....

A-t-il reçu une formation professionnelle : Oui Non

Si oui, laquelle :

AUTRE

Comment gère-t-il son argent de poche ?

.....
.....

COMPORTEMENT

A-t-il des troubles du comportement ou des conduites à risques : Oui Non

Quelles en sont les manifestations :

- Risques d'errance*
- Fugues *
- Abus sexuels *
- Exhibitionnisme *
- Violence sur l'entourage *
- Envers lui-même *
- Violence sur le matériel *
- Autres*

(Par exemple, alimentaires, sexuelles ou nocturnes)

* préciser sous quelles formes cela se manifeste :

Fume-t-il : Oui Non

Si oui, comment gère-t-il sa consommation de cigarettes ?

.....
.....

A-t-il l'habitude de boire du café : Oui Non souvent

A-t-il l'habitude de boire de l'alcool : Oui Non

A quelle fréquence ?

.....
.....

Si oui, est-il dépendant : Oui Non

ATTESTATION

- ✓ **A remplir et signer par le Directeur de l'Etablissement si le candidat vit en institution ;**
- ✓ **Par le tuteur si le candidat ne vit pas en institution. Dans ce cas, le signataire fournira une copie du jugement des tutelles.**

Je soussigné(e)agissant en qualité de
m'engage à reprendre, Madame, Monsieur⁽¹⁾
pendant ou à la suite de sa période d'essai (3 mois), si celle-ci ne s'avérait pas concluante.

Fait à,

le

<p>Cachet de l'établissement et signature⁽²⁾ du Directeur:</p>	<p>Signature⁽²⁾ du tuteur :</p>
--	---

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles.

⁽²⁾ faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».

PIECES A JOINDRE LE JOUR DE L'ADMISSION

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

1. 5 photos d'identité (indiquer le nom du Résidant derrière)
2. Notification de décision MDPH (Orientation en FDV, AAH et Carte Invalidité)
3. Décision de la prise en charge AIDE SOCIALE
4. Attestation d'Affiliation sécurité sociale (CPAM, MSA, autres...)
5. Carte Vitale
6. Carte d'affiliation MUTUELLE
7. Attestation CSS (anciennement CMU-C)
8. Extrait d'acte de naissance
9. Copie du livret de famille
10. Copie du jugement de mesure de protection
11. Notification de pension, A.A.H., retraite, rentes, autres...
12. Carte Nationale d'Identité
13. Carte d'Invalidité
14. Le Projet Personnalisé le plus récent du résident et son dossier/bilan éducatif

DOCUMENTS MEDICAUX

1. Dossier médical actuel sous pli confidentiel à l'attention du docteur SEEWAGEN, *rue du 19 Mars 1962, 48 150 Meyrueis*
2. Ordonnance du traitement en cours^(*).

^(*) Merci de fournir le traitement sous forme de **pilulier** pour 15 jours.

TROUSSEAU DU STAGIAIRE

- ✓ Vêtements en nombre conséquent pour la durée du séjour et en fonction de la saison (*même en période estivale, merci de prévoir quelques vêtements chauds*)
- ✓ Vêtements de nuit
- ✓ Linge de toilette (serviettes, gants, tapis de bain...)
- ✓ Produits d'hygiène

Nécessaire de piscine :

- Serviette
- Maillot
- Bonnet de bain
- Claquettes

Nécessaire de randonnée :

- Chaussures de marche
- Pantalon et tee-shirt adéquats
- Chaussettes hautes
- Vêtement de pluie
- Sac à dos (environ 20l)
- Gourde
- Crème solaire

- ✓ Vêtements et chaussures de neige (si période hivernale)
- ✓ Le linge et effets personnels doivent être marqués au nom de la personne
- ✓ Le linge de lit est fourni par le foyer
- ✓ Le résident peut amener des objets de décoration