



# ASSOCIATION LES CHARMETTES

ESAT FOYER DE VIE EHPAD FOYER D'HEBERGEMENT SAVS ENTREPRISE ADAPTEE



## DOSSIER UNIQUE PRÉADMISSION

E.S.A.T.

FOYER HEBERGEMENT

FOYER DE VIE

S.A.V.S.

**LE DOSSIER EST A RETOURNER COMPLET DANS UN DELAI DE 2 MOIS A COMPTER DE SA RECEPTION**

Le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.  
L'établissement s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.  
Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) sollicité(s).

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...)  
Le volet médical doit être renseigné par le médecin.

**1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)**

▪ **Etat civil**

Civilité (cocher la case correspondante)       Madame       Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent): .....

Prénom : .....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :     

Lieu de naissance :      Commune : .....

Code postal :     

Pays : .....

▪ **Situation familiale**

Situation de famille :       Célibataire       Marié(e)       Pacsé(e)       Vie maritale  
(cocher la case correspondante)

Séparé(e)       Divorcé(e)       Veuf/veuve

Nombre enfant(s) :             Dont nombre d'enfant(s) à charge :     

Nombre de frère(s) et sœur(s) :             Dont nombre de personnes en situation de handicap     

▪ **Renseignements administratifs et décision de la CDAPH**

N° de sécurité sociale :     

N° de dossier MDPH : .....

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :  
.....  
.....

Date d'effet de la décision :     

Date de fin de la décision

**2. Lieu de résidence**

▪ Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial :  Mère  Père  Les deux  Autre

Structure médico-sociale\* Depuis le :

Nom et type de structure / Adresse : .....

Structure sanitaire\* Depuis le :

Autre, préciser .....  
(ex : hôtel, famille .....  
d'accueil...) .....

▪ Adresse du lieu de résidence

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Commune :  ..... Code postal :

Département : .....

N° téléphone : .....

E-mail : .....

**3. Mesures de protection**

▪ Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? :  Oui  Non  
(cocher la case correspondante)  En cours d'évaluation  Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une :  Sauvegarde de justice  Curatelle simple  
(cocher la case correspondante)  Curatelle renforcée  Tutelle

\*Cf glossaire

## Volet Administratif

### ▪ Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de prévention ou de protection est-elle en place ? :

(cocher la case correspondante)

Oui

Non

En cours d'évaluation

Ne sais pas

Si « Oui », s'agit-il d'une (cocher la case correspondante) :

AED (Mesure d'Action Educative à Domicile)

MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Educative)

AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert)

Ne sais pas

Mesure de placement, A préciser :

Autre, A préciser : .....

Judiciaire

.....

Administrative

.....

Commentaires :

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

### 4. Personne(s) à contacter

Liens (parents, tuteurs...) : .....

Liens (parents, tuteurs...) : .....

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

.....

Code postal :

Code postal :

Commune : .....

Commune : .....

Département : .....

Département : .....

N° téléphone :

N° téléphone :

E-mail : .....

E-mail : .....

5. Situation actuelle

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)):

Accompagnement

- Accompagné par un service médico-social\*
Accompagné par un établissement médico-social\*
Hospitalisé en établissement sanitaire\*
Sans accueil ni accompagnement
Accompagné par des professionnels libéraux
Autre, à préciser :

Scolarisation / Formation

- Scolarisé en milieu ordinaire
Scolarisé en établissement médico-social \*
Formation professionnelle
Si ULIS :
ULIS Ecole ULIS Collège ULIS Lycée
Autre, à préciser :

Situation actuelle pour les adultes :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Accompagnement

- Accueilli en famille d'accueil
Accompagné par un service médico-social\*
Accompagné par un établissement médico-social\*
Hospitalisé en établissement sanitaire\*
Sans accueil ni accompagnement
Accompagné par des professionnels libéraux
Autre, à préciser :

Formation / Emploi

- En formation professionnelle
Exerce une activité professionnelle
En recherche d'activité professionnelle
Sans activité professionnelle
Retraité
Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

\*Cf glossaire

**Médecins qui vous suivent habituellement**

▪ **Médecin traitant**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Code postal :   
Commune : .....  
Département : .....  
N° téléphone :   
E-mail : .....

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant :  Oui  Non

▪ **Médecin(s) spécialiste(s)**

*(exemples ; neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)*

*Dans le cas où il y a un suivi par plusieurs médecins, merci de les préciser*

Nom : .....	Nom : .....
Spécialité médicale .....	Spécialité médicale .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Code postal : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
N° téléphone : <input type="text"/>	N° téléphone : <input type="text"/>
E-mail : .....	E-mail : .....

**6. Parcours de vie**

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

**Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes... :**

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

**Emploi(s) et expériences professionnelles précédents :**  
**durée, dates, employeurs, postes occupés... :**

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

**Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s) :**

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

**Autres / commentaires :**

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





**8. Autonomie**

<b>Soins personnels</b>	<b>Seul</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

<b>Mobilité</b>	<b>Seul</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

<b>Exigence générale et relations avec autrui</b>	<b>Pas de difficultés</b>	<b>Difficultés moyenne</b>	<b>Ne fait pas</b>
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

<b>Vie domestique et courante</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

## Volet Autonomie

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- Canne             Déambulateur             Fauteuil roulant manuel             Fauteuil roulant électrique  
 Lit médicalisé     Orthèse ou prothèse             Appareil auditif             Aucun

Autre (préciser) : .....

.....

.....

Observations:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Signature .....	Signature .....

**Ces renseignements sont à remplir par le médecin et à mettre sous pli confidentiel**

## Problème de santé à l'origine du handicap

Problèmes de santé à l'origine du handicap :

Diagnostic :

Origine du problème de santé principal

- Accident       Liée à la naissance       Autre  
 Maladie évolutive       Maladie non évolutive

Autres problème

## Epilepsie

 OUI NON

Si OUI : préciser type

Fréquence des crises

Stabilisée :  OUI  NON

## Type de situation de handicap

 Déficiences intellectuelles et cognitivesSi OUI, préciser retard mental :  léger     moyen     sévère     profond troubles cognitifs sans retard mental ou troubles des acquisitions et des apprentissages Déficiences du psychisme Déficiences du langage et de la parole Déficiences auditives Déficiences visuelles Déficiences viscérales Déficiences motrices Autres déficiences

## Antécédents

Antécédents médicaux

Antécédents psychiatriques

Autres antécédents

## Hospitalisations

Pour des problèmes médicaux  
et/ou chirurgicaux

Hospitalisation sur le versant  
de la santé mentale

## Autres informations

Fait le :

Signature du Médecin :