

Date de la demande :

# Inscription en établissements et services pour personnes adultes handicapées

*Accueil de jour • Foyer de vie (FdV) • Foyer d'accueil médicalisé (FAM) • Maison d'accueil spécialisée (MAS) • Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) • Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) • Hébergement temporaire • Accueil de jour temporaire*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire dans un établissement ou un service pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services costarmoricens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux établissements ou services concernés par votre démarche d'inscription.

**Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements et services de votre choix afin de faciliter votre inscription.**

## État civil

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le

Commune de naissance : ..... Code postal .....

Situation de famille (cocher la case correspondante) : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)   
Pacte civil  Concubinage  Veuf/veuve

## COORDONNÉES

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal .....

Téléphone : .....

Courriel : ..... @ .....

---

# Modalités d'accueil sollicitées

---

## MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES (cocher la case correspondante) :

### Formules en accueil de jour

- Accueil de jour en foyer de vie (AJ-FV)
- Accueil de jour en foyer d'accueil médicalisé (AJ-FAM)
- Accueil de jour en maison d'accueil spécialisée (AJ-MAS)

### Formules en hébergement permanent

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)

### Formules en hébergement temporaire

- Hébergement temporaire en foyer de vie (HT-FV)
- Hébergement temporaire en foyer d'accueil médicalisé (HT-FAM)
- Hébergement temporaire en maison d'accueil spécialisée (HT-MAS)
- Accueil de jour temporaire

### Formules d'accompagnement

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :

.....

---

# Situation juridique

---

## PROTECTION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- Mandataire
- Sauvegarde de justice
- Sans régime de protection
- En cours

Représentant légal (le cas échéant) : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal .....

Téléphone : .....

Courriel : ..... @ .....

---

# Décision de la CDAPH

**ORIENTATION** (cocher la case correspondante) :

Foyer de vie     Foyer d'accueil médicalisé     Maison d'accueil spécialisée     SAVS     SAMSAH

Numéro de dossier : .....

Date de la décision .....

Date d'effet de la décision .....

Date de fin de la décision .....

---

## *Demande rédigée par* (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal .....

Téléphone : ..... ou .....

Courriel : ..... @ .....

**Lien avec la personne concernée par la demande** (préciser, le cas échéant)

Membre de la famille : .....

Représentant légal : .....

Autre : .....

---

**Personne à contacter** (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal .....

Téléphone : ..... ou .....

Courriel : ..... @ .....

---

# Renseignements administratifs

N° de sécurité sociale : .....

Organisme : .....

N° allocation prestations familiales : .....

Organisme : .....

Carte d'invalidité  oui  non Date de fin de validité : .....

---

## Votre situation actuelle

---

**Vous êtes actuellement hébergé(e)** (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière : Depuis le .....

En établissement (IME, Foyer de vie ...) : Depuis le .....

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) : Depuis le .....

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement :  
.....

Adresse :  
.....

Ville : ..... Code postal.....

Téléphone : .....

---

## Motivations de la demande

---

**Cette demande est liée à** (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) : .....

**Délai souhaité**

Immédiat  De 1 à 6 mois  Supérieur à 6 mois

Observations éventuelles du demandeur (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :  
.....  
.....  
.....

---

# Parcours de vie

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (Durée, niveau, diplômes...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Emplois précédents (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisation ou accueil en établissement antérieur :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement par les établissements ou services (Merci de cocher les cases correspondantes).

<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			
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>EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI</b>	<b>PAS DE DIFFICULTÉ</b>	<b>DIFFICULTÉ 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			

VIE DOMESTIQUE ET COURANTE	OUI	NON
Gérer son traitement		
Faire ses courses		
Préparer un repas simple		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

RÉGIME ALIMENTAIRE	OUI	NON	PRÉCISER (Le cas échéant)
Régime alimentaire			
Texture particulière			

PRISE EN CHARGE	OUI	NON	FRÉQUENCE		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

FONCTIONS SENSORIELLES	BONNE	MOYENNE	MAUVAISE
Ouïe			
Vue			

### Appareillage

Canne       Déambulateur       Fauteuil roulant manuel       Fauteuil roulant électrique

Lit médicalisé       Orthèse ou prothèse       Appareil auditif

Autre (préciser) : .....

.....  
 .....



## Observations complémentaires

Vos réactions ou votre comportement vous semblent-ils toujours appropriés à la situation (vie sociale, vie collective, relation aux autres...) ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL**

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au : Département des Côtes d'Armor - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées  
9 place du Général de Gaulle CS 42371 22023 SAINT-BRIEUC Cedex 1

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)

# DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

*(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)*

PERSONNE CONCERNÉE
NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

TRAITEMENT(S) EN COURS
<p><b>Soins cutanés</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Préciser :</p> <p><b>Rééducation</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Préciser :</p>

ORIGINE DU HANDICAP

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
	<b>ALD</b>
<p><b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Préciser :</p>	

MÉDECIN TRAITANT
Nom :
Prénom :
Commune :
N° de Téléphone :
Courriel :

ANTÉCÉDENTS
MÉDICAUX
CHIRURGICAUX
PSYCHIATRIQUES

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

CONDUITE À RISQUE
Alcool :
Tabac :
Autres :

MÉDECINS SPÉCIALISTES	
Nom / Prénom	Spécialité

ALIMENTATION		
	OUI	NON
Régime alimentaire Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausses routes		
Autres :		

SOINS TECHNIQUES

VACCINATIONS	
Anti-tétanique - DTP	
Anti-pneumococcique	
Anti-grippal	
Autres :	

<b>DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER</b> <i>(Cachet obligatoire)</i>	
---	--

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

<b>TAILLE</b>	<b>POIDS</b>
---------------	--------------

Par avance, merci de votre coopération.