



Résidence les ajoncs d'or  
9 rue des ajoncs d'or  
56480 CLEGUEREC  
☎ 02 97 38 02 18  
✉ @les-ajoncs-dor@ccas-cleguerec.fr

## Inscription en établissements et services pour personnes adultes handicapées

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 le responsable de l'établissement afin de faciliter votre inscription.

**Date de la demande :**

### 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 :       ou

Courriel :  @

---

## Modalités d'accueil sollicitées

---

**MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS L'ETABLISSEMENT** (cocher la case correspondante) :

**Formules en accueil de jour**

☐ Accueil de jour en foyer de vie

**Formules en hébergement permanent**

☐ Foyer de vie

---

## Situation juridique

---

**PROTECTION JURIDIQUE** (cocher la case correspondante) :

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tutelle               | <input type="checkbox"/> Curatelle                 | <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée | <input type="checkbox"/> Mandataire |
| <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Sans régime de protection | <input type="checkbox"/> En cours            |                                     |

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

Qualité : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal 

--	--	--	--	--

Téléphone : 

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

 ou 

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

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

---

## Décision de la CDAPH

---

**ORIENTATION FOYER DE VIE**

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 : | | | | | | | |

---

## *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).

SOINS PERSONNELS	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Hygiène corporelle			
S’habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
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			

EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
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...) ?

Fait le 11 / 05 / 2018 à ..... Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)





# DOSSIER MEDICAL D'INSCRIPTION EN FOYER DE VIE

(Document médical confidentiel )

PERSONNE CONCERNEE	ORIGINE DU HANDICAP	MEDECIN TRAITANT
NOM :		Nom :
Prénom :		Prénom :
Date de naissance :		Coordonnées :
Adresse :		

  

TRAITEMENT EN COURS	PATHOLOGIES	ANTECEDANTS
	ALD	MEDICAUX
		CHIRURGICAUX
		PSYCHIATRIQUES

Allergies ☐ oui ☐ non  
Préciser :

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX			ALIMENTATION			MEDECINS SPECIALISTES	
	OUI	NON		OUI	NON	Nom / Prénom	Spécialité
Opposition			Régime alimentaire				
Retrait			Préciser :				
Délires, hallucinations			Fausse routes				
Agitation			Autres :				
Agréssivité							
Errance, fugue							
Autres :							
CONDUITE A RISQUE			SOINS TECHNIQUES			VACCINATIONS	
						Vaccin	Date de vaccination
Alcool :						Anti-tétanique - DTP	
Tabac :						Anti-pneumococcique	
Autres:						Anti-grippal	
						Covid	
COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS							
DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN RENSEIGNANT LE DOSSIER (Cachet obligatoire)						POIDS	TAILLE

