



DEMANDE D'ADMISSION.

DONNEES ADMINISTRATIVES & SOCIALES

Version du 10.07.2007

I- COORDONNEES

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel fixe : Tel Portable :

E-mail : Date de naissance :

Joindre la copie de la pièce d'identité.

II- STATUT

Célibataire Marié PACS Concubinage Divorcé Veuvage

Changement de situation en cours :
.....

Enfant(s) : Oui Non

Noms & ages : 1 : /

2 : /

3 : /

Vit seul Vit avec de(s) proche(s) Lequel(s) :

Actuellement : A domicile En Institution Laquelle :

Tutelle : Oui Non Statut (tutelle, curatelle) :

Coordonnées du représentant légal, date de la mesure :
.....

Personne(s) à contacter :
.....

III- MODE D'ADMISSION DEMANDEE

Accueil de Jour Temporaire Permanent

Si mesure d'urgence, pourquoi :
.....
.....

Liens avec la Sarthe et la région des pays de la Loire (*pour les demandes hors région*):

Oui Non Si oui lesquelles :
.....

IV- ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

Nom : Organisme :

Adresse :

Tel :

V- MDPH

Adresse :

Tel : E-mail :

Décision d'orientation M.A.S : Oui Non

Si oui, date de validité de la décision de placement :

Dossier en cours déposé à la date du : par :

A :

Carte d'invalidité N° : Taux : Valable du : au

ACTP accordée Oui Non Du : au : Taux :

PCH accordée Oui Non Du : au : Taux :

Joindre les copies des pièces justificatives MDPH & copies de la carte d'invalidité.

VI- ASSURANCE MALADIE & PROTECTION SOCIALE :CPAM MSA Autre Préciser :

Adresse :

Tel : E-mail :

N° Matricule :

COMPLEMENTAIRE : Oui Non

Adresse :

Tel : E-mail :

N° de contrat :

Prise en charge du forfait journalier : Oui Non Valable jusqu'au :**VII- RESSOURCES**

NATURE	ORGANISME PRESTATAIRE	MONTANT MENSUEL
AAH		
Pension d'Invalidité		
Rente Accident travail		
Retraite		
Fonds National Solidarité		
Tierce Personne		
1. Majoration TP sur pension		
2. Majoration TP sur rente		
ACTP		
Prestation de compensation		
Autres ressources		

VI- ASSURANCES SOUSCRITES

Responsabilité Civile: **Oui** **Non**

Adresse de l'assureur :

.....**Tel** :

Assurance pour le fauteuil roulant : **Oui** **Non**

Adresse de l'assureur :

.....**Tel** :

Joindre les copies de la RC et de l'assurance du fauteuil.

IX- COMMENTAIRES LIBRES

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

Rempli le : *Par* :

Adresse :

Code postal : **Commune** :

Signature :





DEMANDE D'ADMISSION.

ACTIVITÉS ET PARTICIPATION

Version du 10.07.2007

Nom : Prénoms :

I- QUALIFICATIONS - ACTIVITES

APPRENTISSAGE ET APPLICATION DES CONNAISSANCES

➤ *Utiliser ses potentialités*

La lecture: **Oui** **Avec difficultés** **Non**

L'écriture : **Oui** **Avec difficultés** **Non**

Le calcul : **Oui** **Avec difficultés** **Non**

Préciser :

La personne est elle capable de recueillir, utiliser et transmettre l'information :

Oui **Non**

Préciser :

II- LIENS SOCIAUX - VIE ASSOCIATIVE

➤ COMMUNICATION FORMELLE

Comprendre des messages (*oraux ou non*) : **Oui** **Non**

Préciser :

Produire des messages codés (tableaux de communication et pictogrammes)

Oui **Non**

Préciser :

Exprimer des émotions, des désirs : **Oui** **Non**

➤ RELATIONS ET INTERACTIONS AVEC AUTRUI

Adapter sa conduite à la vie collective : **Oui** **Non**

Contrôler ses émotions : **Oui** **Non**

Repérage dans le temps **Oui** **Non**

III- MOBILITE

- Se repérer dans l'espace : **Oui** **Non**
- Se déplacer à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'établissement : **Oui** **Non**
- Etre capable d'agir de manipuler des objets : **Oui** **Non**

IV- AIDES TECHNIQUES

➤ **FAUTEUIL ROULANT** :

TYPE Electrique Manuel

Date de livraison :

Personnel **Provisoire**

Remplacement prévu le :.....

➤ Faut-il des aménagements particuliers dans le logement ?

Préciser :

➤ Synthèse vocale oui non

V- VIE QUOTIDIENNE – VIE DOMESTIQUE

- Entretenir son intérieur : **Oui** **Non**
- Entretenir son linge : **Oui** **Non**
- Gérer son budget : **Oui** **Non**
- Prise d'un traitement médical : **Oui** **Non**
- Régime alimentaire spécifique : **Oui** **Non**
- Sortir TOUTE la journée en excursion (10h-19h) : **Oui** **Non**
- Besoin d'un temps de repos quotidien (*sieste*) : **Oui** **Non**
- Gestion administrative (démarches) **Oui** **Non**
- L' établissement est il autoriser à vous servir des boissons alcoolisées
Oui **Non**
- Y-a-t- il des interdits alimentaires ? **Oui** **Non**

➤ **INCAPACITES & BESOINS**

<i>Niveau d'assistance requis</i>	0	1	2	3	4	5
<i>Lever</i>						
<i>Toilette</i>						
<i>WC</i>						
<i>Habillage</i>						
<i>Transferts</i>						
<i>Repas</i>						
<i>Fauteuil roulant à l'intérieur</i>						
<i>Fauteuil roulant à l'extérieur</i>						
<i>Téléphone</i>						
<i>Couchers</i>						
<i>Ateliers manuels / Jeux</i>						
<p>0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.</p>						

A : Aidant Familial à domicile : Oui Non.

Si oui, temps d'intervention quotidien :.....

B : Aidant Professionnel à domicile : Oui Non.

Type : Auxiliaire de vie.
 Aide Soignante(e).
 Infirmier(e).

Si oui, temps d'intervention quotidien :.....

➤ **Observations** :.....
.....
.....

VI- VALEURS - REFERENCES

➤ **ENGAGEMENTS**

Appartenance associative: **Oui** **Non**

Préciser :

Appartenance Religieuse (*facultatif*) : **Oui** **Non**

Souhaitez-vous aller à la messe ? **Oui** **Non**

Préciser (facultatif) :

IX- LOISIRS & HOBBIES

➤ Décrire ici vos souhaits d'occupation et de loisirs :

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

➤ Utilisation d'Internet :

Oui **Très peu** **Non**

VI- SOUTIENS ET RELATIONS

➤ Personnes, ressources habituelles impliqués dans le vécu du demandeur :

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

Rempli le : Par :



Maison d'Accueil Spécialisée Rue Lucien Chaserant 72650 Saint Saturnin
Tel: 02 43 51 73 00 Fax : 02 43 51 73 49 handi.asso@wanadoo.fr



DEMANDE D'ADMISSION.

DONNEES MEDICALES

Version du 10.07.2007

Dossier adressé par Handi-Village le : Retourné le :

Nom : **Prénoms :**

Né(e) le :

Date prévue du Séjour :

I- COORDONNEES DU MEDECIN AYANT DOCUMENTE LA DEMANDE

Nom :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Tel fixe : **E-mail :**

Spécialiste

Généraliste

II- DIAGNOSTIC DETAILLE DES ANTECEDENTS PERSONNELS & FAMILIAUX

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

III- APPAREIL LOCOMOTEUR & MOUVEMENT

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

Limitation OSTEO ARTICULAIRE Type & Localisation :	
PARALYSIE Type & Localisation :	
TREMBLEMENTS MOUVEMENTS INVOLONTAIRES	
COMITIALITE Type & Fréquence :	

IV- FONCTIONS SENSORIELLES & DOULEURS

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

V- PEAU & STRUCTURES ASSOCIEES

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

VI- VOIX & PAROLES

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

VII - FONCTIONS COGNITIVES

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

FONCTIONS PSYCHIQUES

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

IX – SYSTEME GENITO URINAIRE & REPRODUCTIF

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

Type de mictions :		
Sondes utilisées	<u>N°</u> , type & marque :	<u>Fréquence</u> :
Pénilex utilisés	<u>N</u> :	

X – SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

Tension artérielle habituelle :

XI – SYSTEME RESPIRATOIRE

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

TRACHEOTOMIE VENTILATION ASSISTEE NUIT JOUR

Autre mode de ventilation :

XII – SYSTEME DIGESTIF

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

XIII – SYSTEME METABOLIQUE

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

XIV – SYSTEME ENDOCRINIEN

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

XVI – SYSTEME IMMUNITAIRE

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

XVII – AUTRES :

COTATION :		0 = Pas de problème. 1 = Problème léger. 2 = Problème modéré. 3 = Problème grave. 4 = Problème total. 5 = Sans objet.
Commentaire & Détails		

XVI – TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

