

**Dossier de Candidature**

* Foyer de Vie - Internat 🞏 Foyer de Vie - Externat 🞏 Foyer de Vie - Stage
* Foyer d’Accueil Médicalisé 🞏 Foyer d’Accueil Médicalisé - Accueil Temporaire

**NOM : Prénom :**

**Date de Naissance : Age :**

## Pièces Administratives

* Notification MDPH
* Notification A.A.H
* Numéro d’allocataire CAF
* Carte d’invalidité
* Jugement de tutelle
* Carte Nationale d’Identité ou Titre de séjour en cours de validité
* Carte mutuelle + Attestation Sécurité Sociale + Carte Vitale
* Dernier rapport éducatif ou projet personnalisé adressé par l’Établissement de provenance

## *Pièces Médicales*

## *(Fournies par le médecin et à remettre sous pli confidentiel)*

* Copie du carnet de santé
* Ordonnances de traitements en cours
* Précisions si allergies ou régimes alimentaires
* Rapport médical fourni par le médecin traitant *(pathologie, antécédents médicaux et chirurgicaux)*
* Rapport médical fourni par le médecin psychiatre *(diagnostic principal, pathologie(s) associée(s))*
* Rapport médical fourni par le(s) médecin(s) spécialiste(s) *(diagnostic principal et antécédents)*

**En l’absence de l’une des pièces demandées, le dossier ne pourra pas être instruit.**

Cadre réservé à l’administration

Date de réception du dossier : ……/……/…… Date d’étude du dossier : ……/……/……



# Foyer de Vie / Foyer d’Accueil Médicalisé

# Fiche de Renseignements Administratifs

* **Le candidat**

Nom  Prénom

Date de Naissance Lieu de naissance

Nationalité

Adresse

Tél Mail

N° de Sécurité Sociale  Caisse

Mutuelle  N° d’adhérent

N° d’allocataire CAF  Département

N° de dossier MDPH  Décision d’orientation

Date de validité du au

Bénéficiez-vous d’une mesure de protection ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, laquelle ? 🞏 Curatelle 🞏 Curatelle Renforcée 🞏 Tutelle 🞏 Sauvegarde de Justice

Nom et Adresse du mandataire ou de l’organisme :

Tél Mail

* **Personne chargée du dossier**

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

Tél Mail

**Coordonnées des Proches Aidants**

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

Tél Mail

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

Tél Mail

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

Tél Mail

**Parcours du Candidat**

* **Historique**

* **Contexte familial**

* **Scolarité**

* **Situation actuelle / Observations éventuelles**

**Autonomie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESPIRER |  | ASSURER SON HYGIÈNE CORPORELLE |
| 1 - Pas de Gêne | □ | 1 - Autonome | □ |
| 2 - Troubles Temporaires / Dyspnée | □ | 2 - Aide Technique  | □ |
| 3 - Aide Technique ou Médicamenteuse | □ | 3 - Aide Humaine Partielle | □ |
| 4 - Ventilation Assistée / Contrôlée | □ | 4 - Aide Humaine Totale | □ |
| BOIRE ET MANGER |  | MAINTENIR LA TEMPÉRATURE CORPORELLE |
| 1 - Mange seul(e) | □ | 1 - Vêtements adaptés à la température ambiante | □ |
| 2 - Aide Technique  | □ | 2 - Demande à être protégé | □ |
| 3 - Aide d'un Tiers | □ | 3 - Incapable d'adaptation | □ |
| 4 - Risque de fausses routes | □ | 4 - Garde en permanence les mêmes vêtements  | □ |
| ÉLIMINER |  | SE VÊTIR / SE DÉVÊTIR  |  |
| 1 - Continence  | □ | 1 - Autonome  | □ |
| 2 - Aide Technique ou Médicamenteuse | □ | 2 - Aide Technique | □ |
| 3 - Aide d'un Tiers  | □ | 3 - Aide Humaine Partielle | □ |
| 4 - Aide Technique ou Médicamenteuse + Tiers | □ | 4 - Aide Humaine Totale | □ |
| DORMIR / SE REPOSER  |  | COMMUNIQUER  |  |
| 1 - Sommeil normal  | □ | 1 - Communique aisément  | □ |
| 2 - Aide Médicamenteuse | □ | 2 - Quelques difficultés | □ |
| 3 - Réveils fréquents ou Somnolence | □ | 3 - Aide technique nécessaire | □ |
| 4 - Insomnie / Hypersomnie | □ | 4 - Ne peut / veut s’exprimer | □ |
| SE MOUVOIR |  | EXPRIMER UNE DOULEUR / UN MAL-ÊTRE |  |
| 1 - Se déplace seul(e) | □ | 1 - Alerte spontanément et à bon escient  | □ |
| 2 - Aide Matérielle ou Physique  | □ | 2 - N’exprime que sur sollicitations | □ |
| 3 - Aide Matérielle et Physique  | □ | 3 - Passivité / indifférence | □ |
| 4 - Alité(e) ou lever interdit  | □ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| VIVRE EN COLLECTIVITÉ |  | APPRENDRE |  |
| 1 - Comportement adapté | □ | 1 - Recherche des informations | □ |
| 2 - Troubles mineurs du comportement | □ | 2 - Besoin de stimulation | □ |
| 3 - Risque d’isolement / de rejet | □ | 3 - Apathie | □ |
| 4 - Comportement inadapté | □ | 4 - Refus, résignation | □ |
| S'OCCUPER / SE RÉALISER |  | ÉVITER LES DANGERS |  |
| 1 - Engagement social | □ | 1 - Connaissance des risques + comportement préventif | □ |
| 2 - Participation sur sollicitation | □ | 2 - Connaissance des risques sans comportement préventif | □ |
| 3 - Angoisse, opposition, laisser-aller | □ | 3 - N'a pas connaissance des risques liés à sa santé | □ |
| 4 - Repli sur soi | □ | 4 - Dangereux pour lui-même et les autres | □ |
| SE RECRÉER / SE DIVERTIR |  |  |  |
| 1 - Fait preuve de créativité dans ses loisirs | □ |  |  |
| 2 - Participation passive à des activités de loisirs | □ |  |  |
| 3 - Ne peut pas accomplir d’activités récréatives | □ |  |  |
| 4 - Ne veut pas accomplir d’activités récréatives | □ |  |  |

|  |
| --- |
| Le cas échéant, nature des aides techniques nécessaires : |

* **Précisions complémentaires**

**Santé**

* **Nature du / des Handicaps**

* **Autre renseignements médicaux à connaître dans le cadre de votre accompagnement au quotidien**

* **Alimentation**

Texture adaptée  🞏 Normal 🞏 Haché 🞏 Mixé

Régime  🞏 Hypocalorique 🞏 Diabétique 🞏 Sans flatulences

Allergies / intolérances (préciser) :

* **Coordonnées du médecin traitant**

Nom du médecin traitant

Adresse

Tél

* **Suivi psychiatrique** 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, dans quel cadre le suivi est-il assuré ? 🞏 CMP 🞏 Cabinet privé 🞏 Hôpital

Nom du médecin psychiatre

Adresse

Tél

**Santé (suite)**

* **Coordonnées des autres spécialistes**

1.

Nom du médecin Spécialité

Adresse

Tél

2.

Nom du médecin Spécialité

Adresse

Tél. :

* **Suivez-vous un traitement médical ?** 🞎 Oui 🞎 Non

*Si oui, fournir impérativement l’ordonnance sous pli confidentiel*

* **Savez-vous gérer seul les prises de médicaments ?** 🞎 Oui 🞎 Non
* **Précisions complémentaires**