

**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**