



VIVRE ENSEMBLE

Mutuelle d'Aide aux Personnes Handicapées Mentales

Foyer d'hébergement "La Maison"- Direction - Administration

41,43 rue de Poissy - 78100 Saint Germain en Laye

Tél : 01 30 61 67 80 - Fax : 01 30 61 67 86

e-mail : secret-foyersstg@vivre-ensemble.fr

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Identité

Civilité :

Nom :

Date de Naissance :

Département de Naissance :

Pays :

Adresse :

Domicile de secours

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Transport ESAT :

Prénom :

Lieu de Naissance :

Nationalité :

Tél. Portable :

Courriel

Données Générales

ESAT :

Date d'Entrée :

Date de Salariat :

Département Aide Sociale :

Date d'Entrée SAVS :

Nom du SAVS / adresse

N° CDAPH :

Date de validité orientation
Foyer Hébergement en cours

N° Sécurité Sociale :

Nom Sécu :

N° Mutuelle / CMUC

Type de garantie :

N° responsabilité civile

N° Contrat obsèques

Groupe

N° Alloc. Fam. :

Nom de la Caisse :

Exonération du ticket
modérateur :

Date de fin CDAPH :

Date de Sortie :

Échéance Aide Sociale :

Date de Sortie SAVS :

Tel / Fax

Département CDAPH :

Adresse Sécu :

Tel / Fax

Adresse Mutuelle

Groupe :

Tel / Fax

Adresse assurance

Tel / Fax

Adresse

Tel / Fax

Adresse Caisse :

Tel / Fax

AAH du :
Majoration AAH du :
AL :
ACTP du :

Au :
Au :
APL :
Au :

Carte d'Invalidité

N° Carte
Invalidité : Taux :
Etablie le : Département :
Validité du : Au :
Spécificité :

Protection Juridique

Mesure de
protection :
Date du
jugement :
Date de
début :
Date de fin :
Tribunal :
Organisme
protecteur :

Informations du responsable légal

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Adresse :

Père

NOM / PRENOM :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. Portable :
Courriel

Mère

NOM / PRENOM :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. Portable :
Courriel

Fratie

NOM / PRENOM :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. Portable :
Courriel

Fratie

NOM / PRENOM :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. Portable :
Courriel

Fratie

NOM / PRENOM :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. Portable :
Courriel

Enfant

NOM / PRENOM :

Adresse :

Tél. Domicile :

Tel. Portable :

Courriel

Enfant

NOM / PRENOM :

Adresse :

Tél. Domicile :

Tel. Portable :

Courriel

Enfant

NOM / PRENOM :

Adresse :

Tél. Domicile :

Tel. Portable :

Courriel

Famille d'accueil

Famille d'accueil :

Adresse :

Tél. Domicile :

Tel. Portable :

Courriel

Établissement précédent

| Nom | Type | Coordonnées de l'établissement |
|-----|------|--------------------------------|
|-----|------|--------------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INFORMATIONS DIVERSES

Habitat :

La personne peut-elle passer des vacances en familles :

Non

Oui

L'adulte a-t-il sa chambre ou son appartement ?

Non

Oui

Ressources et Charges :

Vie de l'adulte :

Habitudes, épisodes marquants (peur - accidents - émotions violentes)
Placements (dates, durées, motifs).

Vie Scolaire :

L'adulte a-t-il été scolarisé ?
Dans quelles conditions ?

Vie Professionnelle :

Y-a-t-il eu un essai de vie professionnelle ?

Éducation à la Santé

Personnalité Introverti Extraverti Marche normale Non Oui

Type de Difficultés :

Non Oui
Type :

Dentiste Non Adresse : Oui Fauteuil roulant Assurance : Non Oui
Responsabilité civile : Non Oui

Si oui n° de l'assurance :

Parole courante Non Oui Encoprésie Non Oui

Propreté jour Non Oui Propreté nuit Non Oui

Incidents, anomalies (Audition, vision, malformations) :

Droitier Gaucher Ambidextre

Manifestations Pathologiques :
Pathologie à l'origine du handicap :

Hospitalisations : (hôpital, combien, durée ...)

Consultations : (avec quels médecins, généralistes et spécialistes...)

Examens Spéciaux - Traitements antérieurs et actuels :

La suite de ce document est à remplir en tenant compte des indications de la page 9

VIE QUOTIDIENNE.

VIE SOCIALE.

PRESENCE DANS L'ENVIRONNEMENT.

VIE INTELLECTUELLE.

VIE AFFECTIVE.

Indications pour remplir les éléments ci-dessus :

La dimension vie quotidienne

- Hygiène personnelle, rapport au corps
- Habillement, gestion du linge et des vêtements
- Rapport à l'alimentation
- Rapport au temps, gestion du temps libre
- Gestion des problèmes de santé
- Propreté du lieu de vie
- Gestion de l'argent, élaboration d'un budget
- Gestion des papiers administratifs

La dimension vie sociale

- Rapport aux règles (règle sociable et/ou règles de vie)
- Rapports aux autres (pairs)
- Rapport avec les encadrants ou adultes de l'entourage
- Communication, échange, vie en collectivité
- Présentation de soi, image de soi

La dimension présence dans l'environnement ou compétence dans l'environnement

- Repérage dans le temps et l'espace
- Connaissance de l'environnement, élargissement, diversité
- Investissement de l'espace de vie, mobilité
- Citoyenneté (place dans la vie de la cité, communication, action sur l'environnement)
- Percevoir les risques et les dangers (percevoir ses limites, demander de l'aide)
- Réagir à des situations nouvelles (ou adaptation aux situations).

La dimension vie intellectuelle, culturelle, professionnelle et spirituelle

- Acquisitions, habiletés, connaissances
- Utilisation des acquis dans la vie quotidienne
- Centres d'intérêt, activités, vacances
- Intérêt pour apprendre, curiosité, motivation et intérêt pour la nouveauté
- Capacité de projet, élaboration
- Vie spirituelle
- Evaluation de ses capacités et limites
- Prise d'initiative, élaboration de solutions
- Attention et concentration

La dimension vie affective

- Expression des affects et des émotions
- Etendues, diversification de la vie affective
- Vie familiale (ou distanciation avec la vie familiale ou relation avec la famille ou positionnement dans le lien familiale)
- Position dans les conflits
- Relation à sa propre identité

Documents à joindre au dossier de pré-admission

Copie décision CDAPH, AIDE SOCIALE, Jugement de tutelle

- >Copie carte d'identité
- >Copie carte d'invalidité
- >Copie attestation Sécurité Sociale
- >Copie carte mutuelle
- >Copie carte groupe sanguin
- >Copie du carnet de santé (sous pli cacheté au nom du médecin)
- >Un R.I.B au nom du résident
- >Deux photos d'identité

Pour les personnes arrivant d'un établissement (IME, autre FOYER-ESAT, CHS, ...), fournir :

- >Bilan éducatif accompagné de la dernière synthèse et du projet individualisé
- >Synthèse médicale (sous pli cacheté)
- >Synthèse infirmière
- >Synthèse psychologique

Nous vous remercions de bien vouloir apporter ce dossier complet. Tout dossier incomplet ne pourra être examiné.