PAGE 1/10 **DOSSIER D'INSCRIPTION**

* Mentions obligatoires





faire de son avenir.

FOYER DE VIE L'ORIVAL

122, Route de Garrevaques - 81540 SOREZE

Tél: 05 63 74 23 87

E-mail Chef de Service : sebastien.bonsirven@orival.net

	N° dossier MDPH* :	
COLLER ICI UNE PHOTO D'IDENTITÉ	Identification – Etat civil d Nom*: Nom de jeune fille: Prénom(s) *:	e la personne candidate
	Date de naissance*:	
F* 🔳	Ville et département de naissand	ee*:
	Adresse actuelle*:	
Date d'inscription :	N° sécurité sociale* :	
	Renseignements concernar	nt le demandeur
A noter que tous ces renseignements sont	Établissement :	
confidentiels, qu'il ne s'agit pas d'étiqueter		
par avance la personne, mais de nous aider à	Nom de la structure*:	
nous faire une idée de ce qui serait le mieux	Association*:	
pour elle dans son nouveau cadre de vie.	Type d'établissement*:	
C'est aussi tenir compte du travail qui a été fait	Adresse postale*:	
auparavant et de ne pas	Nom de la personne à contacter*: ① Tel:	Portable :
négliger l'expérience des collègues qui nous	☑ Fer: ☑ Email:	Portable:
ont précédés. C'est enfin le souci de	Famille : Lien de parenté* :	
respecter la personne	rannie. Den de parente.	
dans sa trajectoire existentielle en ne	Nom: Adresse:	Prénom:
faisant fi, ni de son	1 tul 0330 .	
passé, ni de son présent, mais en reliant	⑦ Tel : ⋈ E-mail :	Portable:
à ce qu'elle voudra bien	EN E-MAII.	

Important

Le présent dossier est destiné à l'appréciation préalable de la candidature proposée au regard du projet de l'établissement. L'étude de la proposition ainsi que ses chances d'aboutir seront largement tributaires du sérieux avec lequel les rubriques qui vont suivre seront enseignées. C'est pourquoi, même si elles vous paraissent parfois fastidieuses, nous vous remercions d'y répondre avec le plus grand soin, sans en négliger aucune.

L'étude de ce dossier sera une étape décisive dans le processus d'admission.

En cas « d'à priori » favorable, une rencontre avec le candidat et éventuellement sa famille sera proposée dans un second temps.

PAGE 2/10 FOYER DE VIE L'ORIVAL

Famille du résident candidat

<u>Père*</u>
Nom:
Nom:

Prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance : Prénom :

Lieu de naissance : Date de naissance :

Adresse: Lieu de naissance:

Téléphone : Adresse :

Profession: Téléphone:

Profession:

Fratrie*

« Indiquer les noms et prénoms des frères et sœurs du futur Résident en commençant par l'aîné(e) »

Nom Prénom Date de naissance	Adresse et Numéro de téléphone	Profession	Situation Familiale

PAGE 3/10 FOYER DE VIE L'ORIVAL

Protection de la personne
Le futur résident bénéficie-t-il d'une mesure de protection : \qed \mathbf{OUI}
Curateur (trice) ou tuteur (trice) désigné (e):
Organisme:
Nom:
Adresse:
Lien de parenté éventuel :
Situation de famille : Profession :
\square NON
□ Pas nécessaire □ La famille n'y tient pas □ La question ne s'est jamais posée □ Aurait dû être fait depuis longtemps □ Autres raisons (préciser) :
Orientation*: Département de la MDPH: Adresse:
Téléphone:
Date de la dernière décision de la CDAPH :
du// au//
Taux d'incapacité reconnu : %
Prise en charge*: Département financeur: N° du dossier:
(Pour tout stage de découverte ou de préadmission, le prix de journée en vigueur sera facturé au stagiaire pour la période du stage)
Absences pour convenances personnelles (sauf raison médicale justifiée par un professionnel de santé)

Lors de toute absence pour convenances personnelles (retour en famille, vacances, ...) le nombre de jours maximum autorisé par année civile, est de 25 jours, hors week-ends et jours fériés, (soit l'équivalent de 5 semaines).

	IANCE :	
□ Domicile □ Famille □ Famille d'accueil □ R.P.A	□ Centre de convalescence □ Hôpital □ E.H.P.A.D □Hôpital psychiatrique	□ F.A.M □ M.A.S □ C.A.T □ Autre
Petit appareillage	2* :	
DENTAIRE	□ Oui (haut-bas)	
VISUEL	Oui (lentilles-lunettes)	□NON
AUDITIF	Oui (droite-gauche)	□NON
PACE MAKER t	ı Oui	□ NON
Médecin traitant	* ;	
MEDECIN TRAITA	NT ACTUEL :	
NOM/Prénom:		
NOM/Prénom : Adresse :		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE HANDICAP DE LA PERSONNE
Nature du handicap:
(Préciser la nature du handicap de la personne « physique, mental, sensoriel » et le ou les handicaps associés).
Origine du handicap :
(Diagnostic initial)
(Diagnostic initial)
Evolution du handicap au fil du temps et pronostic actuel :

PIECES A JOINDRE:

CERTIFICATS MEDICAUX RAPPORTS D'EVOLUTION COPIE DOSSIER MDPH

- Copie carte identité
- Copie carte invalidité
- Copie carte vitale et mutuelle
- Copie prise en charge département financeur (pour frais hébergement)
- Copie jugement de Tutelle

DEGRE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE*

Nota:	Hygiène corporelle : la personne peut-elle faire sa toilette seule ? Haut-Bas ? A) Aucune aide B) Aide partielle ou simulation C) Aide importante
Entourer	<u>Incontinence</u> : urinaire - fécale
la lettre qui convient	 A) Pas d'incontinence B) Incontinence ne nécessitant pas l'aide d'une tierce personne C) Incontinence nécessitant l'aide d'une tierce personne – sonde urinaire
	<u>Habillage</u> : la personne sait-elle choisir ses vêtements seule ? La personne peut-elle s'habiller seule ?
	A) Aucune aideB) Aide partielle ou stimulationC) Aide importante
	Alimentation: la personne peut-elle manger seule?
	A) Aucune aideB) Aide partielle ou stimulationC) Aide importante
	Orientation dans le temps et dans l'espace :
	A) Bonne B) Parfois désorientée C) Totalement désorientée
	<u>Déplacements</u> : la personne peut-elle se déplacer seule ?
	A) Se déplace seule à l'intérieur/ à l'extérieur B) Se déplace seule avec aide à l'intérieur/ à l'extérieur
	<u>Autonomie domestique :</u> la personne peut-elle s'occuper seule de son lit, de son ménage ?
	A) Se déplace seule à l'intérieur/ à l'extérieurB) Se déplace seule avec aide à l'intérieur/ à l'extérieur
	<u>Autonomie matérielle</u> : la personne peut-elle gérer seule son argent, ses biens personnels?
	A) Aucune aideB) Aide partielleC) Ne peut gérer
	Sait-elle lire et écrire ?
	Communication à distance : (téléphone, alarme, sonnette, courrier) A) Aucune aide B) Aide partielle C) ne sait pas
	Autonomie affective et relationnelle ? Sexualité :
	Autonomie sociale, capacité de communication ?

PAGE 7/10 FOYER DE VIE L'ORIVAL

FICHE MEDICALE*: 1) MALADIES CARDIO-VASCULAIR	ES:
 □ Acc. Cérébro-vasculaire □ Maladie coronarienne □ Mal. Circulatoire périphérique 	□ Ins. Cardiaque □ Irrégul. Pouls intermittente □Hypertension
2) MALADIES NEUROLOGIQUES :	
□ Maladie d'Alzheimer□ Traumatisme crânien□ Sclérose en plaques	□ Démence □ Hémiplégie, hémiparésie □ Syndrome parkinsonien
3) OSTEOARTICULAIRES:	
☐ Arthropathie ☐ Autres fractures	□ fracture du col du fémur □ Ostéoporose
4) DES ORGANES DES SENS :	
□ Cataracte	□ Glaucome
5) TROUBLES PSYCHIATRIQUE / HU	UMEUR:
Si pathologie psychiatrique, veuillez in	ndiquer ci-dessous les coordonnées du médecin psychiatre :
Fréquence des rendez-vous :	llez indiquer pour chacune d'elle, la date, le lieu et la
6) INFECTIONS :	
□ Pneumonie □ Infection urinaire	□ Tuberculose
7) AUTRES MALADIES :	
□ Cancer	□ Ins. Rénale
□ Diabète□ Déshydratation	□ Emphysème

PAGE 8/10 FOYER DE VIE L'ORIVAL

personna	dité, sa façon de se représenter, d'être au quotidien.
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
•••••	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
	en quelques lignes le caractère de la personne, son tempérament, les principaux trait alité, sa façon de se représenter, d'être au quotidien. TIONS AVEC LA FAMILLE: visites, courriers, téléphone, sorties fréquence et la qualité des relations avec la famille. TIONS AVEC SES PAIRS: TIONS AVEC LE PERSONNEL D'ENCADREMENT: de des idées, phobies, des obsessions, des craintes ou des sensibilités ulières?
•••••	
RELA	TIONS AVEC LA FAMILLE : visites, courriers, téléphone, sorties
Noter la	fréquence et la qualité des relations avec la famille.
• • • • • • • • •	
••••••	
RELA'	TIONS AVEC SES PAIRS:
• • • • • • • •	
•••••	
RELA'	TIONS AVEC LE PERSONNEL D'ENCADREMENT :
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
• • • • • • • • •	

PAGE 9/10 FOYER DE VIE L'ORIVAL

Existe-t-il des contre-indications la concernant ? (médicales, alimentaires ou autres)
Apprécie-t-elle de « travailler », de participer, de se rendre utile ?
Quelles sont ses activités préférées, ses loisirs, ses prédilections ?
Quels sont ses goûts ?
Quelles sont ses croyances, quelle est sa religion ?

PAGE 10/10 FOYER DE VIE L'ORIVAL

Sa famille est-elle au courant et en accord avec ce projet ?	
Est-elle demandeuse de ce placement ?	
Est ene demandedse de ce placement.	
L'envisage-t-elle avec angoisse ou sérénité ?	
Souhaite-t-elle venir le visiter avant ?	