



DOSSIER D'INSCRIPTION

- INTERNAT
 1/2 INTERNAT

FOYER DE VIE L'ORIVAL

Route de Garrevaques - 81540 SOREZE
Tél : 05 63 74 23 87 - Fax : 05 63 74 41 70
E-mail : direction.foyer.orival@wanadoo.fr

COLLER
ICI
UNE PHOTO
D'IDENTITE

Date d'inscription :

• A noter que tous ces renseignements sont confidentiels, qu'il ne s'agit pas d'étiqueter par avance la personne, mais de nous aider à nous faire une idée de ce qui serait le mieux pour elle dans son nouveau cadre de vie. C'est aussi tenir compte du travail qui a été fait auparavant et de ne pas négliger l'expérience des collègues qui nous ont précédés. C'est enfin le souci de respecter la personne dans sa trajectoire existentielle en ne faisant fi, ni de son passé, ni de son présent, mais en reliant à ce qu'elle voudra bien faire de son avenir.

Identification – Etat civil de la personne candidate

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Ville de département de naissance :
 Adresse actuelle :

Renseignements concernant le demandeur

Etablissement :
 Nom de la structure :
 Association :
 Type d'établissement :
 Adresse postale :
 Nom de la personne à contacter :
 Portable :
 E-mail :

Famille : Lien de parenté :
 Nom: Prénom :
 Adresse :
 Portable :
 E-mail :

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 renseignées. 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.



Famille du résidant candidat

Père

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Profession :

Mère

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Profession :

Fratrie

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

« Indiquer les noms
et
Prénoms des frères
et sœurs du futur
Résident en com-
merçant par l'aî-
né(e) »





Protection de la personne

Le futur résidant bénéficie-t-il d'une mesure de protection :

OUI

Curateur (trice) ou tuteur(trice) désigné (e) :

Organisme :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté éventuel :

Situation de famille :

Profession :

NON : Pourquoi ?

- 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 CDAPH :

du/..../.... Au/..../....

Taux d'incapacité reconnu :..... %

Prise en charge :

Département financeur :





Origine à l'entrée :

LIEU DE PROVENANCE :

- Domicile
- Centre de convalescence
- F.A.M.
- Famille
- Hôpital
- M.A.S.
- Famille d'accueil
- E.H.P.A.D.
- C.A.T.
- R.P.A.
- Hôpital psychiatrique
- Autre

.....

.....

.....

Petit appareillage :

- DENTAIRE Oui (haut - bas) NON
- VISUEL Oui (lentilles lunettes) NON
- AUDITIF Oui (droite-gauche) NON
- PACE MAKER..... Oui NON

Médecin traitant :

MEDECIN TRAITANT ACTUEL :

NOM/Prénom :

Adresse :

Téléphone :





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)

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

Evolution du handicap au fil du temps et pronostic actuel :

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

PIECES A JOINDRE :

CERTIFICATS MEDICAUX

RAPPORTS D'EVOLUTION

COPIE DOSSIER COTOREP





DEGRE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Hygiène corporelle : la personne peut-elle faire sa toilette seule ? Haut – bas ?

- A) Aucune aide
- B) Aide partielle ou simulation
- C) Aide importante

Nota :

Entourer la lettre qui convient

.....
Incontinence : urinaire – fécale (entourer la mention nécessaire).

- 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

Habillage : la personne sait-elle choisir ses vêtements seule ? OUI-NON

La personne peut-elle s'habiller seule ?

- A) Aucune aide
- B) Aide partielle ou stimulation
- C) Aide importante

Alimentation : la personne peut-elle manger seule ?

- A) Aucune aide
- B) Aide partielle ou stimulation
- C) Aide importante

Orientation dans le temps et dans l'espace :

- A) Bonne
- B) Parfois désorientée
- C) Totaletement désorientée

Déplacements : la personne peut-elle se déplacer seule ?

- A) Se déplace seule à l'intérieur/à l'extérieur
- B) Se déplace avec aide : à l'intérieur/à l'extérieur

Autonomie domestique :

la personne peut-elle s'occuper seule de son lit de son ménage ?

- A) Se déplace seule à l'intérieur/à l'extérieur
- B) Se déplace avec aide : à l'intérieur/à l'extérieur

Autonomie matérielle :

la personne peut-elle gérer seule son argent, ses biens personnels ?

- A) Aucune aide
- B) Aide partielle
- C) 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 ?

.....
.....





Nota :

*Cocher la (les)
case(s)
correspondantes*

FICHE MEDICALE :

1) MALADIES CARDIO-VASCULAIRES :

- Acc. Cérébro-vasculaire
- Ins. Cardiaque
- Maladie coronarienne
- Irrégul. Pouls intermittente
- Mal. Circulatoire périphérique
- Hypertension-

2) MALADIES NEUROLOGIQUES :

- Maladie d'Alzheimer
- Démence
- Traumatisme crânien
- Hémiplégie, hémiparésie
- Sclérose en plaques
- Syndrome parkinsonien

3) OSTEOARTICULAIRES :

- Arthropathie
- fracture du col du fémur
- Autres fractures
- Ostéoporose

4) DES ORGANES DES SENS :

- Cataracte
- Glaucome

5) TROUBLES PSYCHIATRIQUES / HUMEUR :

.....

Si pathologie psychiatrique, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées du médecin psychiatre :

.....

Fréquence des rendez-vous :.....

Si hospitalisations en psychiatrie, veuillez indiquer pour chacune d'elle, la date, le lieu et la durée :

.....

6) INFECTIONS :

- Pneumonie
- Tuberculose
- Infection urinaire

7) AUTRES MALADIES :

- Cancer
- Ins. Rénale
- Mal. Thyroïde
- Diabète
- Emphysème
- Déshydratation





PERSONNALITE : Caractère et comportement de la personne

Décrire en quelques lignes le caractère de la personne, son tempérament, les principaux traits de sa personnalité, sa façon de se présenter, d'être au quotidien.

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

Relations avec la famille : visites, courriers, téléphone, sorties

Noter la fréquence et la qualité des relations avec la famille.

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

Relations avec ses pairs :

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

Relations avec le personnel d'encadrement :

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

A-t-elle des idées, phobies, des obsessions, des craintes ou des sensibilités particulières ?

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





Existe-t-il des contre-indications la concernant ?

(médicales, alimentaires ou autres)

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

Apprécie-t-il de « travailler », de participer, de se rendre utile ?

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

Quelles sont ses activités préférées, ses loisirs de prédilections ?

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

Quels sont ses goûts ?

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

Quelles sont ses croyances, quelle est sa religion ?

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





Comment vous à-t-on parlé de l'établissement ?

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

Sa famille est-elle au courant et en accord avec ce projet ?

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

Est-elle demandeuse de ce placement ?

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

L'envisage-t-elle avec angoisse ou sérénité ?

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

Souhaite-t-elle venir le visiter avant ?

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

