

DOSSIER D'ADMISSION

NOM :

Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Entrée souhaitée pour :

 **La prise en considération de la demande ne sera effective que si le dossier est complet.**

Merci de joindre :

- 2 photos d'identité récentes
- photocopie de la pièce d'identité (CNI ou passeport)
- photocopie du ou des livret(s) de famille ou d'un extrait de naissance pour les célibataires sans enfant
- photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- photocopie de l'attestation de Sécurité sociale et de la carte VITALE
- photocopie de l'attestation d'ouverture des droits C.M.U.
- photocopie de la carte mutuelle (le cas échéant)
- photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile personnelle
- photocopie de la dernière déclaration des revenus
- photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- photocopie de notification de tutelle, le cas échéant
- 4 fiches médicales remplies par le médecin référent (p.6, 7,8 et 9)
(ces informations seront à mettre dans une enveloppe confidentielle)

ETAT CIVIL

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Nationalité : N° sécurité sociale :

Situation de famille : marié(e) célibataire en concubinage

divorcé(e) depuis le : / /

séparé(e) depuis le : / /

veuf(ve) depuis le : / /

Nombre d'enfants : Filles : Garçons :

Vivant(s) : Décédé(s) :

VOTRE REFERENT PRINCIPAL

NOM : Prénom :

Lien de parenté : N° de tél :

Adresse :

Si l'intéressé(e) est hospitalisé(e) ou placé(e), indiquez le nom et l'adresse de l'établissement :

VOTRE ENTOURAGE

NOM et Prénom	Lien de parenté	Adresse complète	N° de tél <i>personnel</i> <i>professionnel</i>
1.
2.
3.

VOS RESIDENCES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

Commune	Adresse	Département	Date d'arrivée	Date de départ
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /

POUR LES ETRANGERS

N° de carte de séjour : délivrée le : / /

par : valable du : / / au / /

Entré(e) sur le territoire français depuis le : / /

DEMANDE D'ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT

La demande est formulée par : la personne elle-même la famille
 le médecin traitant le service social
 Autre :

Motif de la demande : Altération physique
 Altération psychologique
 Altération du réseau familial
 Autre :

La personne concernée est-elle informée des démarches : oui non

Mesure de Protection Juridique : Aucune Curatelle Tutelle Sauvegarde

Si oui, coordonnées du tuteur/ mandataire :

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

RESSOURCES MENSUELLES

En date du : / /

Vous

Votre conjoint

REVENUS PRINCIPAUX (en euros)

CRAM	<input type="checkbox"/>
MSA	<input type="checkbox"/>
CCSMA	<input type="checkbox"/>
CAISSE COMMERCIALE	<input type="checkbox"/>
CAISSE ARTISANALE	<input type="checkbox"/>
CAISSE DES MINES	<input type="checkbox"/>
DEPÔTS ET CONSIGNATIONS	<input type="checkbox"/>
CIRPS	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>

REVENUS COMPLEMENTAIRES (en euros)

IRCOTEX	<input type="checkbox"/>
AGRR	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>

PLACEMENTS (en euros)

LIVRET D'EPARGNE	<input type="checkbox"/>
CODEVI	<input type="checkbox"/>
LEP	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>

AUTRES RESSOURCES (en euros)

Allocation handicapés	<input type="checkbox"/>
Bénéfices artisanat/commerce	<input type="checkbox"/>
Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>
Pensions alimentaires	<input type="checkbox"/>
Pension d'ascendant	<input type="checkbox"/>
Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>
Pension militaire	<input type="checkbox"/>
Pension veuve de guerre	<input type="checkbox"/>
Rente accident du travail	<input type="checkbox"/>
Rente viagère	<input type="checkbox"/>
Revenus mobiliers	<input type="checkbox"/>
Revenus immobiliers	<input type="checkbox"/>
Salaires	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>

TOTAL (en euros)

.....

.....

AIDE SOCIALE (PATRIMOINE ET OBLIGES ALIMENTAIRES)

BIENS IMMOBILIERS

	Adresse	Superficie	Valeur annuelle	Revenu annuel
Bâti
Non bâti

Bien ayant fait l'objet d'un partage, d'une donation, d'une vente depuis moins de 10 ans :

Nom du bénéficiaire :

Date de l'acte : / / Nom du notaire :

Valeur déclarée : Existe-t-il une clause d'entretien ? oui non

VOS OBLIGES ALIMENTAIRES (conjoint, enfants et petits-enfants)

NOM marital	NOM de jeune fille	Prénom	Lien de parenté	Adresse et n° de tél
1.
2.
3.
4.

Si les obligés alimentaires sont supérieurs à 4, merci de reproduire le tableau ci-dessus et de le compléter sur papier libre

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M – Mme – Mlle (1) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je m'engage à tenir informé l'établissement de toutes modifications qui pourraient intervenir dans ma situation.

Fait à :, **le** / /

Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles

GRILLE AGGIR (A REMPLIR PAR LE MEDECIN) 1/3

VOTRE MEDECIN TRAITANT : NOM : Prénom :

Adresse :

N° de tél : N° de portable :

Date de l'évaluation : / /

Nom et prénom de la personne examinée :
.....

Les variables discriminantes :	Autonomie : A = fait seul(e) totalement B = fait partiellement C = ne fait pas
COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	
TOILETTE du haut et du bas du corps Assurer son hygiène corporelle	Haut Bas
HABILLAGE (haut, moyen, bas) S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut Moyen Bas
ALIMENTATION Se servir et manger les aliments préparés	Se servir Manger
ELIMINATION Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire Fécale
TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant, ...	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyens de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, ...	

VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE

GESTION :

Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens

CUISINE :

Préparer ses repas et les conditionner pour être servis

MENAGE :

Effectuer l'ensemble des travaux ménagers

TRANSPORT :

Prendre et/ou commander un moyen de transport

ACHATS :

Acquisition directe ou par correspondance

SUIVI DU TRAITEMENT :

Se conformer à l'ordonnance du médecin

ACTIVITES DE TEMPS LIBRE :

Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps

CACHET DU MEDECIN :

G.I.R.

QUESTIONNAIRE MEDICAL (A REMPLIR PAR LE MEDECIN) 2/3

MOTIF DU PLACEMENT :

.....

Antécédents médicaux :

.....

.....

Allergies médicamenteuses :

.....

.....

Autres allergies :

.....

.....

Traitements en cours et posologie :

.....

.....

L'état médical de la personne est-il stabilisé ? oui non

Soins médicaux et paramédicaux en cours (à détailler) :

.....

.....

Pathologie(s) principale(s) retentissant sur la vie quotidienne :

.....

.....

Troubles du comportement et/ou de l'humeur : oui non

Trouble du sommeil

Agitation

Agressivité

Déambulation

Désorientation

Autre :

QUESTIONNAIRE MEDICAL (A REMPLIR PAR LE MEDECIN) 3/3

Taille :

Poids :

Aides techniques : Canne Déambulateur Fauteuil roulant Autre :

Denture : Bonne Soins dentaires à envisager

Appareil dentaire : supérieur inférieur intégral

Vision : Bonne Suffisante dans la vie courante Difficile Cécité

Audition : Bonne Suffisante dans la vie courante Difficile Cécité

Existence d'addictions : Tabac Alcool Autre :

Lésions cutanées : escarres en cours oui non

autres :

Oxygénothérapie : oui non

Transfusion : oui non date de la dernière : / /

Remarques particulières :

CACHET DU MEDECIN :

HISTOIRE DE VIE (éléments succincts)

NOM :

PRENOM :

VOS PROFESSIONS ANTERIEURES

1. Nom de l'employeur :

2. Nom de l'employeur :

3. Nom de l'employeur :

VOS PRINCIPALES RESIDENCES

Commune	Adresse	Département	Date d'arrivée	Date de départ
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /

Loisirs exercés dans le passé :

.....

Loisirs exercés actuellement :

.....

Vie communautaire :

- aime être entouré : oui non

- aime être incité à participer : oui non

- aime les conversations : oui non

- aime les jeux collectifs : oui non

si oui, lesquels :

Vie culturelle :

Quelle est votre religion ? Christianisme Judaïsme Islam Autre :

Etes-vous pratiquant(e) ? oui non

Si oui, à quelle fréquence assistez-vous aux offices religieux ?

- tous les jours 1 à plusieurs fois par semaine
- 1 à plusieurs fois par mois à l'occasion des grandes fêtes

Littérature préférée :

Couleur préférée :

Musique : instrument pratiqué :

thèmes musicaux préférés :

chanteurs préférés :

autres :

VECU PARTICULIER

Fait(s) marquant(s) de la vie sociale et familiale :

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

Parcours scolaire :

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

Fait d'armes :

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

Bénévolat :

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



