



## Dossier d'admission

Date de la demande :

.....

N° d'enregistrement du dossier :

.....

## Établissement d'admission :

**Foyer de vie Saint Rieul**

714, rue de Drucy

60800 **TRUMILLY**

Tél. 03 44 59 24 35 - Fax 03 44 59 29 33

**F.A.M. La Sagesse**

Avenue des érables

60800 **CRÉPY-EN-VALOIS**

Tél. 03 44 87 84 84 - Fax 03 44 87 84 85

**Ce questionnaire a pour but de rassembler tous les éléments nécessaires à l'accueil de la personne.** En effet, le recueil des informations transmises nous aidera à savoir si le projet d'établissement est adapté, ou non, aux besoins identifiés de la personne accueillie.

## La demande d'admission concerne :

→ Un accueil permanent\* : Oui / Non  
Et / ou → Un séjour d'accueil temporaire\* : Oui / Non

→ Dans quel cadre sollicitez-vous cet accueil,  
(séjour de rupture, découverte de la vie en institution, situation d'urgence...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*Rayer la mention inutile

---

## SOMMAIRE

### DOSSIER N°1

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET BIOGRAPHIQUES..... Page de 3 à 7

RENSEIGNEMENT SOCIO-EDUCATIFS..... Page de 8 à 16

### DOSSIER N°2

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX..... Page de 1 à 9

## Renseignements administratifs et biographiques

### Liste des documents à fournir

- Orientation MDPH
- Jugement de tutelle
- Carte d'identité
- Carte d'invalidité
- Copie de la notification des droits et paiements
- Copie de la carte d'allocataire
- Rapport de comportement de moins de 3 mois

### Identité

Nom-Prénom : .....

Sexe\* : M / F .....

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse actuelle : .....

Téléphone actuel : .....

### Protection juridique

La personne est-elle sous tutelle\* ? Oui / Non

La personne est-elle sous curatelle\* ? Oui / Non

**Si oui,**

Nom de l'organisme : .....

Nom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Télécopie : .....

@mail : .....

\*Rayer la mention inutile

## Orientation MDPH de l'Oise

La personne dispose-t-elle d'une :

→ décision d'orientation en FAM\* ? Oui / Non

→ décision d'orientation en Foyer de vie\* ? Oui / Non

**Si oui**, préciser le numéro de notification de décision de la commission MDPH :

→ Préciser la durée de validité du ...../...../..... au ...../...../.....

**Si non**, quelle est la décision d'orientation actuelle ?

## N° de sécurité sociale et caisse d'affiliation

## N° de mutuelle et organisme d'affiliation

## Bénéficiaire AAH

→ Oui / Non\* **Si oui**, préciser le numéro d'allocataire :

## Carte d'invalidité

→ Oui / Non\*

\*Rayer la mention inutile

## Situation familiale

→ Célibataire\* / Marié(e)\* / Veuf (Ve)\*

Composition de l'entourage relationnel proche (parents, enfants, fratrie....)

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

→ Personne à prévenir (préciser si parenté) :

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

.....  
.....

Téléphone : .....

## Mode de vie actuel

→ Lieu d'hébergement actuel (famille, institution ... ) :

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

→ Adresse :

.....  
.....

→ Téléphone :

.....

**Dans le cas d'une prise en charge institutionnelle**, mode de prise en charge souhaitée concernant le foyer de vie :

→ Internat\* : Oui / Non

→ Externat\* : Oui / Non

→ Autre :

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

## Parcours de vie / Parcours institutionnel

→ Éléments de vie marquants (dater approximativement) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Etablissements fréquentés jusqu'à présent (dater approximativement) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Comment gère t-il (elle) son argent de poche ?

→ Possède-t-elle une carte bancaire\* ? Oui / Non

**Si oui**, préciser la somme autorisée à chaque retrait et la fréquence des retraits :

.....

.....

.....

→ Doit-elle être accompagnée pour effectuer les retraits\* ? Oui / Non

→ Somme d'argent mise à disposition par la famille\* : Oui / Non

**Si oui**, préciser le montant accordé par mois :

.....

.....

.....

\*Rayer la mention inutile

## Observations ou informations complémentaires

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

---

Fait à .....

Le .....

Identité et qualité de la personne ayant  
rempli le présent document

.....  
Signature

## Renseignements socio-éducatifs

### Soins corporels

- La personne se lave : seule\* / avec une aide partielle\* / avec aide totale\*
- Comment la toilette se déroule-t-elle ? (plaisir, refus, nécessité d'appareillage... ?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- La personne est-elle énurétique\* ? : Oui / Non / Rarement
- La personne est-elle encoprétique\* ? : Oui / Non / Rarement
- Porte-t-elle des protections\* : Le jour ? / La nuit ?

- La personne s'habille\* : seule / avec aide partielle / avec aide totale

.....

.....

### Alimentation

- La personne mange\* : seule / avec aide partielle / avec aide totale
- Elle mange\* : en morceaux / coupé fin / haché / mixé / liquide
- Elle boit\* : liquide / avec un épaississant (eau gélifiée ...)
- Utilise-t-elle des couverts ergonomiques ? Lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

\*Rayer la mention inutile



- Est-elle sujette aux fausses routes\* ? Oui / Non / Rarement
- Le temps du repas comporte-t-il des particularités ? Lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Déplacements/motricité

- Comment la personne se déplace-t-elle au quotidien ? Dispose-t-elle d'un appareillage (fauteuil roulant manuel, électrique, canne, déambulateur ...)?

.....

.....

.....

- A l'intérieur :

.....

.....

- A l'extérieur :

.....

.....

- Y a-t-il des risques de chutes ?

.....

.....

.....

.....

.....

- Si la personne est en fauteuil, comment effectue-t-elle ses transferts ?

.....

.....

.....

.....

.....

\*Rayer la mention inutile

## Sommeil

→ La personne a-t-elle des difficultés d'endormissement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ A-t-elle un sommeil perturbé ? **Si oui**, comment cela se traduit-il ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Horaire de coucher et de lever habituels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Habitudes

→ La personne a-t-elle des habitudes particulières, des rituels ou des objets rassurants ?  
Lesquels ? Dans quel cadre ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Moyens d'expression et de communication de la personne

→ Parvient-elle à se faire comprendre ?

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

→ Comment ?

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

## Relation à l'autre

→ Comment la personne se comporte-t-elle dans un groupe ?

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

→ Quel est son degré de sensibilité au bruit ?

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

→ Est-elle plutôt réservée ou va-t-elle facilement vers les autres ?

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

→ Peut-elle faire preuve d'agressivité, à son égard ?

**Si oui**, comment et en quelles circonstances ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Peut-elle faire preuve d'agressivité envers les autres ?

**Si oui**, comment et en quelles circonstances ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Respect des règles

→ Comment la personne réagit-t-elle face à la frustration ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ La personne se met-t-elle facilement en danger ? A-t-elle des conduites à risque que l'on connaît ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Gestion des émotions

→ La personne est-elle en difficulté pour gérer ses émotions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Qu'est-ce qui peut la mettre en colère ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ A-t-elle particulièrement peur de quelque chose ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Vie affective

→ La personne peut-elle avoir des relations affectives ou amoureuses nécessitant un accompagnement particulier ?

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

→ Présente-elle des manifestations inadaptées de sa sexualité nécessitant un accompagnement spécifique ?

→ Conduites d'exhibition\* : Oui / Non / Parfois

.....

→ Masturbation en public \* : Oui / Non / Parfois

.....

→ Tendance à toucher autrui \* : Oui / Non / Parfois

.....

→ Conduites d'exhibition\* : Oui / Non / Parfois

.....

→ Autre :

.....  
.....

## Centre d'intérêts

→ La personne est-elle à l'aise dans les sorties extérieures ?

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

\*Rayer la mention inutile

→ Dans les lieux publics très fréquentés (magasins, cinéma...)?

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

→ Qu'aime-t-elle faire ?

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

→ Qu'est-ce qu'elle n'aime pas faire ?

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

## Sorties

Actuellement, sort-t-il (elle)

→ seul(e) en ville\* : Oui / Non

→ accompagné(e) en ville\* : Oui / Non

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

\*Rayer la mention inutile

## Retour en famille

Actuellement, rentre-t-il (elle) le :

→ Week-end\* : Oui / Non

→ Pendant les vacances\* : Oui / Non

.....  
.....

## Visites

Fréquences des visites de sa famille

→ 1 fois par semaine\* : Oui / Non

→ 1 fois tous les 15 jours\* : Oui / Non

→ 1 fois par mois\* : Oui / Non

→ Moins\* : Oui / Non

→ Préciser :

.....  
.....

## Autres remarques et informations complémentaires

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

Fait à .....

Le .....

Identité et qualité de la personne ayant  
rempli le présent document

.....

Signature