

VOLET ADMINISTRATIF

Document complété le :

Photo récente



1. CANDIDAT A LA PRE-INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Sexe : Homme Femme

Date et lieu de naissance :

à

Pays : France Autre, précisez :Situation familiale actuelle : Célibataire Marié Vie Maritale Pacs Divorcé Veuf/Veuve

Nom / Prénom du conjoint :

Enfant : OUI NON

Si oui, nombre d'enfants :

, âge des enfants :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

2. SITUATION ADMINISTRATIVE – DOSSIER COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE (CDAPH)

CDAPH n° de dossier :

Département CDAPH :

Date de validité :

Décision d'orientation : MAS FAM Foyer de vie Autre, précisez :*(Joindre une copie d'orientation à jour)* Accueil permanent Accueil temporaire Accueil de jour Autre, précisez :

3. LA DEMANDE (JOINDRE LA NOTIFICATION MDPH/MDA)

Vous pouvez cocher plusieurs cases

	Accueil permanent	Accueil de jour	Accueil temporaire	Autre, précisez
Entrée en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entrée en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entrée en foyer de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Échange inter-établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. INITIATIVE DE LA DEMANDE

Vous pouvez cocher plusieurs cases

Résident Représentant légal Famille Etablissement d'accueil actuel, lequel :

Autre, précisez :

Le dossier est complété par : Nom/Prénom : Mr Mme

En qualité de :

Demeurant à (adresse complète) :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Contexte/Motif de la demande d'admission (exemple : séjour de répit, séjour de rupture, confirmation du choix d'un établissement, observations avant le choix d'un établissement, etc...) :

5. PERSONNE A CONTACTER POUR L'ETUDE DU DOSSIER

*(Les personnes peuvent être contactées pour un complément d'information)*Nom/Prénom : Téléphone : Mail : Nature du lien (père, mère, ami(e)...): Représentant légal : OUI NON

6. SITUATION ACTUELLE

La personne est :

	Établissement/ Service	Adresse	Tél	Mail
Hospitalisée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En établissement spécialisé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En famille d'accueil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :

 Naissance Accident Date : Précisez les circonstances : Pathologie/Maladie Date : Précisez la pathologie : Autre, précisez :

7. MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Sans mesure Curatelle Tutelle Co-tutelle Sauvegarde de justice
 Mesure en cours

Date de fin de validité de la mesure de protection :

Assurée par :

Nom/Prénom : Lien de parenté ou organisme :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Mail :

8. PARCOURS SCOLAIRE OU EN ETABLISSEMENT SPECIALISE ET PARCOURS PROFESSIONNEL

ANNEES	TYPE ETABLISSEMENT OU EMPLOYEUR