

DOSSIER de DEMANDE D'ADMISSION



Nom : _____

Prénom : _____

<u>Date de réception du dossier et tampon de l'établissement :</u>	
--	--

Madame, Monsieur,

Vous allez remplir un dossier de demande d'admission pour le SAMSAH Haut-Pays des Alpes-Maritimes.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.

Le service vous apportera une réponse écrite dans les meilleurs délais après réception du dossier complet.

Ce dossier doit être rempli, si possible par la personne concernée.

Le cas échéant, veuillez indiquer la personne qui a rempli le dossier :

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec la personne : _____

Coordonnées : _____

(tel / adresse/ mail)

LISTE DES PIECES A FOURNIR :

- Copie de la pièce d'identité recto-verso.
- Copie du permis de conduire.
- Copie du livret de famille, si enfant.
- Copie de la notification de la CDAPH – Décision d'orientation MDPH.
- Copie de l'attestation de sécurité sociale.
- Copie de l'attestation de mutuelle.
- Copie du jugement de tutelle, si concerné.
- Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Dossier médical (ci-joint) sous pli confidentiel.

I / SITUATION SOCIO - ADMINISTRATIVE

➤ Etat civil :

Civilité : Madame Monsieur

(cocher la case correspondante)

Nom de naissance : _____

Nom d'usage (si différent): _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance :

(JJ/MM/AAAA)

Lieu de naissance : Commune :

Code postal :

Pays :

➤ Situation familiale :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage

(cocher la case correspondante)

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Nombre enfant(s) :

Dont nombre d'enfant(s) à charge :

NOM – PRENOM des enfants	DATE DE NAISSANCE	SCOLARITE / PROFESSION

I / SITUATION SOCIO - ADMINISTRATIVE

Nombre de frère(s) et
sœur(s) :

Dont nombre de personne(s) en
situation de handicap :

Type de liens avec l'entourage et fréquence (mail, visite, téléphone, relation...) :

➤ Lieu de résidence :

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Domicile personnel

Hébergé(e) par : Mère Père Les deux Autre : _____

Autre, préciser (ex : hôtel, famille
d'accueil...) _____

- Adresse du lieu de résidence

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Commune : _____ Code postal

Département : _____

N° téléphone :

E-mail : _____

I / SITUATION SOCIO - ADMINISTRATIVE

➤ Mesure de protection :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : Oui Non
(cocher la case correspondante)

En cours d'évaluation Ne sait pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une :
(cocher la case correspondante)

Sauvegarde de justice Curatelle simple

Curatelle renforcée Tutelle

Coordonnées du tuteur / représentant légal :

Nom / Prénom : _____

Lien de parenté éventuel : _____

Adresse : _____

N° de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email : _____

➤ Personne(s) à contacter :

Liens (parents, tuteurs...) _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

Commune : _____

Département : _____

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail : _____

Liens (parents, tuteurs...) _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

Commune : _____

Département : _____

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail : _____

II / SITUATION MEDICALE ET PARAMEDICALE

➤ Médecins qui vous suivent habituellement :

- Médecin traitant :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

N° téléphone :

E-mail : _____

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant : Oui Non

- Médecin(s) spécialiste (s) : *(exemples ; neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)*

Nom - Prénom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

N° téléphone : E-mail : _____

Nom - Prénom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

N° téléphone : E-mail : _____

J'autorise la structure à contacter le(s) médecin(s) spécialiste(s) Oui Non

II / SITUATION MEDICALE ET PARAMEDICALE

Accompagnements	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- Canne Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
 Lit médicalisé Orthèse ou prothèse Appareil auditif

Autre (préciser) : _____

Commentaires :

III / AUTONOMIE

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Soulever et porter des objets			

Vie domestique et courante	Seul	Aide partielle	Aide totale
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)			
Faire ses courses			
Préparer un repas			
Entretien du linge, vêtements...			
Faire son ménage			
Gérer son budget			
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)			

Exigence générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficulté moyenne	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

IV / HISTOIRE ET HABITUDES DE VIE

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

Élément(s) sur l'enfance :

Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes... :

Emploi(s) précédent(s) : durée, dates, employeurs, postes occupés, ...

IV / HISTOIRE ET HABITUDES DE VIE

Parcours sanitaire & médico-social (accueil en établissement, service médico-social, hospitalisation, ...) :

Vie sociale (centres d'intérêt personnel) :

Autres / commentaires :

CONFIDENTIEL

DOSSIER
MEDICAL

Document à remplir avec votre médecin.

DOSSIER MEDICAL

Diagnostic et histoire de la maladie ou du handicap :

Antécédents (médicaux, chirurgicaux, passage à l'acte, auto-agressivité, hétéro-agressivité, ...) :

Traitement actuel :

DOSSIER MEDICAL

Préciser si allergies connues :

Projets thérapeutiques :

Autre / commentaires :

Signature et tampon du médecin :

--	--