

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'USAGER

NOM de naissance : Prénom :

Nom d'usage ou d'épouse :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :(joindre copie de la carte d'identité)

ADRESSE : Tél. :
 (précisé si Liste Rouge)

Situation de famille : CELIBATAIRE – CONCUBINAGE – MARIE – VEUF – DIVORCE – SEPARÉ

Nom du conjoint : Prénom du conjoint :

Date de naissance du conjoint :

Profession : Employeur :

ENFANTS

Noms et Prénoms	Dates de naissance

N° Sécurité Sociale :(joindre copie de l'attestation de la carte vitale)

N° CAF :

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom et N° téléphone) :

REPRESENTANT LEGAL

Tutelle / Curatelle (**joindre copie du jugement de tutelle/curatelle dans tous les cas**).

Lien de parenté :

Remplir si le tuteur n'est pas le père ou la mère

NOM : Prénom :

ADRESSE : Tél. :

.....

PARENTS

Situation des parents : CELIBATAIRE – CONCUBINAGE – MARIE – VEUF – DIVORCE – SEPARE

NOM du père : Prénom :

Date de naissance :

Profession : Employeur :

Caisse(s) de retraite :

ADRESSE si différente : Tél. :

..... (précisé si Liste Rouge)

Nom du conjoint : Prénom du conjoint :

Date de naissance du conjoint :

Profession : Employeur :

Caisse(s) de retraite :

ADRESSE si différente : Tél. :

..... (précisé si Liste Rouge)

FRERES ET SOEURS

Noms et Prénoms	Dates de naissance

DOSSIER MEDICAL

Médecin généraliste :

(joindre copie du carnet de santé ou certificat du carnet de vaccination DT Polio, Hépatites, etc.)

Médecin spécialiste :

Groupe sanguin et resus :

- A +
- B -
- AB
- O

(joindre copie de la carte de groupe)

Traitement médicamenteux :

(joindre copie de l'ordonnance)

Pathologies,

- Retard mental léger
- Retard mental moyen
- Retard mental sévère
- Déficiences graves du psychisme consécutives à une lésion cérébrale
- Déficiences graves de la communication
- Autres déficiences du psychisme
- Déficiences auditives
- Déficiences visuelles
- Déficiences motrices
- Autres déficiences :

(joindre avis médical psychiatrique)

Allergie à préciser en cas de problème :

Régime alimentaire particulier :

(joindre avis médical dans les 2 cas)

PARCOURS SCOLAIRE

- Lecture
- Ecriture

Milieu ordinaire,

Niveau d'étude (indiqué la date d'obtention des diplômes) :

.....

Milieu Protégé,

Associations et Instituts fréquentés :

.....

.....

AUTONOMIE

Titulaire du permis de conduire :(joindre copie du permis de conduire)

Moyen de locomotion personnel :

Nécessité de logement :

Logement autonome (type appartement)

Logement assisté (type foyer)

PRECEDENTS EMPLOYEURS

Dernier employeur,

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Date : duau Emploi occupé

Emploi précédent,

Nom de l'employeur et période de travail :

Nom de l'employeur et période de travail :

Nom de l'employeur et période de travail :

**Joindre un RIB au nom de l'utilisateur, une copie de la décision MDPH/CDAPH qui oriente en ESAT
Merci de prévenir l'ESAT en cas de changement**