



**FOYER D'ACCUEIL POUR
TRAVAILLEURS HANDICAPES
RESIDENCE SAINT JACQUES**

DOSSIER D'ADMISSION

9 Rue de la brigade Alsace Lorraine

68210 DANNEMARIE

Tél : 03.89.08.08.50

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Accueil permanent dans la structure duau
avec une période d'essai duau
avant décision de l'admission définitive ou l'arrêt de la prise en charge.

Commission d'admission date :

Favorable

Refus – Motif

.....

.....

BENEFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale :

N° MDPH :

PERE

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Tél :

Profession:

N°de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle :

MERE

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE

- Déficience intellectuelle
- Déficience motrice
- Déficience visuelle
- Déficience auditive
- Troubles psychiatriques
- Autres – préciser :

Etablissements fréquentés par ordre chronologique

DATE	ETABLISSEMENT – COORDONNEES	TRAVAIL EFFECTUE (éducatif : rééducation, soins...)
Du.....au.....		
Du.....au.....		
Du.....au.....		

COMMUNICATION

Verbale : Oui Non Si oui, discours structuré Oui Non

Autre

.....

.....

Problème auditif : Oui Non Si oui, lesquels ?

.....

COMPREHENSION

bonne

moyenne

mauvaise

REPERES

Dans l'espace : Oui Non

Dans le temps : Oui Non

RELATIONS

Contact facile : Oui Non

Agressivité : Oui Non

Autres précisions :

.....

.....

.....

COMPORTEMENT

Accepte la règle : Oui Non

Colère : Oui Non

Nécessite une surveillance accrue : Oui Non

Autres précisions :

.....

.....

.....

DEPLACEMENT

autonome

aide partielle

aide totale

Autres précisions :

.....

.....

ACTES QUOTIDIENS

Propreté Oui Non
WC autonome aide partielle aide totale
Toilette autonome aide partielle aide totale

Remarque:
.....
.....

Habillage-déshabillage autonome aide partielle aide totale
Repas autonome aide partielle aide totale
Alimentation : normale en morceaux hachée mixée

Remarque:
.....
.....

Sommeil de qualité perturbé

Vie sexuelle : particularités-remarques
.....
.....

PARTICIPATION

Prépare la table Oui Non
Essuie la vaisselle Oui Non
Balaye Oui Non
Range ses affaires Oui Non
Fait son lit Oui Non

Autre:
.....
.....

DIVERS

Fume

Oui

Consommation par jour :

Non

Argent de poche

capacité à gérer

Incapacité à gérer

Autre:

.....

.....

.....

FICHE MEDICALE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Représentant légal :

Fratrie :

Sécurité sociale :

Mutuelle :

DIAGNOSTIC

Antécédents

Néonataux.....

Médicaux

Chirurgicaux

Pathologie :

Traitement :

Interventions prévues :.....

Appareillage

Autorisation d'opérer (*document à remplir*)

Médecin de famille-spécialiste :.....

AUTORISATION D'OPERER

Dannemarie le,

Je soussigné(e)

adresse

n° de tél.....

n° de sécurité sociale

autorise en tant que représentant légal de

toute intervention médicale (hospitalisation, anesthésie, chirurgie) jugée nécessaire par les
médecins.

Signature :

PROJET ET ATTENTES *(de la famille et, ou du représentant légal)*

Accord du représentant légal pour une prise
en charge dans la structure

.....

Signature :