

Date de la demande :

# Inscription en établissements et services pour personnes adultes handicapées

*Accueil de jour • Foyer de vie • Foyer d'accueil médicalisé • Maison d'accueil spécialisée  
Unité pour personnes handicapées vieillissantes • Service d'accompagnement à la vie sociale  
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés • Hébergement temporaire*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire dans un établissement ou un service pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services finistériens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux établissements ou services concernés par votre démarche d'inscription.

**Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements et services de votre choix afin de faciliter votre inscription.**

## État civil

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le

Commune de naissance : ..... Code postal

Situation de famille (*cocher la case correspondante*) : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)

Pacte civil  Concubinage  Veuf/veuve

## COORDONNÉES

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal

Téléphone :           ou

Courriel : .....@.....

---

# Modalités d'accueil sollicitées

---

## MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE (cocher la case correspondante) :

### Formules en accueil de jour

- Accueil de jour en foyer de vie (AJ-FV)
- Accueil de jour en foyer d'accueil médicalisé (AJ-FAM)
- Accueil de jour en maison d'accueil spécialisée (AJ-MAS)

### Formules en hébergement permanent

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV)

### Formules en hébergement temporaire

- Hébergement temporaire en foyer de vie (HT-FV)
- Hébergement temporaire en foyer d'accueil médicalisé (HT-FAM)
- Hébergement temporaire en maison d'accueil spécialisée (HT-MAS)

### Formules d'accompagnement

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- SAVS pour personnes handicapées vieillissantes (SAVS-PHV)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :

.....

---

# Situation juridique

---

## PROTECTION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- Mandataire
- Sauvegarde de justice
- Sans régime de protection
- En cours

Représentant légal (le cas échéant) : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal

Téléphone :  ou

Courriel : .....@.....

---

# Décision de la CDAPH

---

## **ORIENTATION** (cocher la case correspondante) :

Foyer de vie     Foyer d'accueil médicalisé     Maison d'accueil spécialisée     SAVS     SAMSAH

Numéro de dossier : .....

Date de la décision   

Date d'effet de la décision   

Date de fin de la décision   

---

## *Demande rédigée par* (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal   

Téléphone :         ou

Courriel : ..... @ .....

### **Lien avec la personne concernée par la demande** (préciser, le cas échéant)

Membre de la famille : .....

Représentant légal : .....

Autre : .....

---

### **Personne à contacter** (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal   

Téléphone :         ou

Courriel : ..... @ .....

---

## Renseignements administratifs

N° de sécurité sociale :

Organisme : .....

N° allocation prestations familiales :

Organisme : .....

Carte d'invalidité :  oui  non      Date de fin de validité :

---

## Votre situation actuelle

**Vous êtes actuellement hébergé(e)** (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière : Depuis le

En établissement (IME, Foyer de vie ...) : Depuis le

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) : Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal

Téléphone :

---

## Motivations de la demande

**Cette demande est liée à** (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) : .....

**Délai souhaité**

Immédiat     De 1 à 6 mois     Supérieur à 6 mois

**Observations éventuelles du demandeur** (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

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





# Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement par les établissements ou services (Merci de cocher les cases correspondantes).

<b>SOINS PERSONNELS</b>	<b>SEUL</b>	<b>AIDE PARTIELLE</b>	<b>AIDE TOTALE</b>
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

<b>MOBILITÉ</b>	<b>SEUL</b>	<b>AIDE PARTIELLE</b>	<b>AIDE TOTALE</b>
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

<b>EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI</b>	<b>PAS DE DIFFICULTÉ</b>	<b>DIFFICULTÉ MOYENNE</b>	<b>NE FAIT PAS</b>
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			

<b>VIE DOMESTIQUE ET COURANTE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Gérer son traitement		
Faire ses courses		
Préparer un repas simple		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

<b>RÉGIME ALIMENTAIRE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>PRÉCISER (Le cas échéant)</b>
Régime alimentaire			
Texture particulière			

<b>PRISE EN CHARGE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>FRÉQUENCE</b>		
			<b>Journalière</b>	<b>Hebdomadaire</b>	<b>Mensuelle</b>
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

<b>FONCTIONS SENSORIELLES</b>	<b>BONNE</b>	<b>MOYENNE</b>	<b>MAUVAISE</b>
Ouïe			
Vue			

### Appareillage

- Canne     
 Déambulateur     
 Fauteuil roulant manuel     
 Fauteuil roulant électrique  
 Lit médicalisé   
 Orthèse ou prothèse   
 Appareil auditif  
 Autre (préciser) : .....  
.....  
.....







# DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

*(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)*

PERSONNE CONCERNÉE	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	

ORIGINE DU HANDICAP	

MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	
Prénom :	
Commune :	
N° de Téléphone :	
Courriel :	

TRAITEMENT(S) EN COURS	
Soins cutanés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	
Rééducation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
ALD	
Allergies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
CHIRURGICAUX	
PSYCHIATRIQUES	

**TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

**ALIMENTATION**

	OUI	NON
Régime alimentaire		
Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausse routes		
Autres :		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS**

--

**CONDUITE À RISQUE**

Alcool :
Tabac :
Autres :

**SOINS TECHNIQUES**

--

**MÉDECINS SPÉCIALISTES**

Nom / Prénom	Spécialité

**VACCINATIONS**

Anti-tétanique - DTP
Anti-pneumococcique
Anti-grippal
Autres :

**DATE ET SIGNATURE  
DU MÉDECIN QUI  
RENSEIGNE LE DOSSIER**  
*(Cachet obligatoire)*

**TAILLE****POIDS**