

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...) :

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

# Parcours de vie

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (Durée, niveau, diplômes...) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Emplois précédents (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hospitalisation ou accueil en établissement antérieur :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

████████████████████

# 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).

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

| MOBILITÉ                          | SEUL | AIDE PARTIELLE | AIDE TOTALE |
|-----------------------------------|------|----------------|-------------|
| 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     |      |                |             |

| EXIGENCES GÉNÉRALES<br>ET RELATIONS AVEC AUTRUI | PAS DE DIFFICULTÉ | 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                           |                   |                    |             |

| VIE DOMESTIQUE ET COURANTE                                      | OUI | NON |
|-----------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 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...) |     |     |

| RÉGIME ALIMENTAIRE   | OUI | NON | PRÉCISER (Le cas échéant) |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|
| Régime alimentaire   |     |     |                           |
| Texture particulière |     |     |                           |

| PRISE EN CHARGE                    | 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

☐ Canne
 ☐ Déambulateur
 ☐ Fauteuil roulant manuel
 ☐ Fauteuil roulant électrique

☐ Lit médicalisé
 ☐ Orthèse ou prothèse
 ☐ Appareil auditif

☐ Autre (préciser) : .....

.....

.....

Vos réactions ou votre comportement vous semblent-ils toujours appropriés à la situation (vie sociale, vie collective, relation aux autres...) ?

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au : **Département du Finistère** - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées  
32 Boulevard Duplex - CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)



# 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 :                        |     |     |

| CONDUITE À RISQUE |  |
|-------------------|--|
| Alcool :          |  |
| Tabac :           |  |
| Autres :          |  |

| MÉDECINS SPÉCIALISTES |            |
|-----------------------|------------|
| Nom / Prénom          | Spécialité |
|                       |            |
|                       |            |
|                       |            |
|                       |            |
|                       |            |
|                       |            |

Par avance, merci de votre coopération.

| ALIMENTATION                     |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|
|                                  | OUI | NON |
| Régime alimentaire<br>Préciser : |     |     |
| Sonde naso-gastrique             |     |     |
| GPE                              |     |     |
| Fausses routes                   |     |     |
| Autres :                         |     |     |

| SOINS TECHNIQUES |  |
|------------------|--|
|                  |  |

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

|                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATE ET SIGNATURE<br>DU MÉDECIN QUI<br>RENSEIGNE LE DOSSIER<br><i>(Cachet obligatoire)</i> |  |
|                                                                                            |  |

| COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS |  |
|---------------------------------|--|
|                                 |  |

|        |       |
|--------|-------|
| TAILLE | POIDS |
|        |       |