



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Cadre réservé au service

Date d'envoi :

Date de réception :

MAJ : 05.2026

SAVS L'ÉLAN – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

14 rue Louis Bodélio 29600 PLOURIN-Lès-MORLAIX - 14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU
Tél. : 02 98 30 21 50 - Savs.elan@donbosco.asso.fr

Préambule

Le service accompagne un public âgé de plus de 18 ans bénéficiant d'un amendement CRETON ou d'un Contrat Jeune Majeur (CJM) avec reconnaissance de handicap.

Le service propose un accompagnement d'une durée d'un an renouvelable une fois.

**Ce dossier doit nous être retourné dans un délai de 3 mois
à compter de la date d'envoi du dossier.**

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec
le SAVS L'Élan au 02 98 30 21 50 ou savs.elan@donbosco.asso.fr

Dossier rempli par :

Lien avec la personne concernée : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : / / / /

Courriel : _____ @ _____

Personne concernée par la demande

La personne concernée est-elle à l'origine de la demande ? oui non

La personne concernée adhère-t-elle à la demande ? oui non

La personne bénéficie t'elle : d'un CJM d'un amendement CRETON

Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : / / à _____

Adresse : _____

N° de téléphone : / / / /

Courriel : _____ @ _____

Situation familiale : _____

Nombre enfant : _____

Volet administratif

Hébergement

- Domicile personnel Domicile familial
 Établissement (IME, MECS...) Structure hospitalière
 Logement mis à disposition par une structure
 Autre (famille d'accueil...) Précisez _____

Administratif

Numéro de Sécurité sociale : _____
Organisme : _____

Mutuelle ou CSS (Nom et coordonnées)

Numéro allocataire : _____
Organisme : _____

La personne a-t-elle une responsabilité civile ? Oui Non

Notifications de la MDPH

N° de dossier M.D.P.H. : _____
Si dossier en cours, précisez la date du dépôt du dossier à la M.D.P.H. : / /

Orientations :

	Type	Dates		Commentaire
		début	fin	
<input type="checkbox"/>	SAVS l'Élan			
<input type="checkbox"/>	SAMSAH			
<input type="checkbox"/>	SAVS			
<input type="checkbox"/>	IME			
<input type="checkbox"/>	Amendement CRETON			
<input type="checkbox"/>	ULIS			
<input type="checkbox"/>	ESAT			
<input type="checkbox"/>	RQTH			
<input type="checkbox"/>	Foyer de vie			
<input type="checkbox"/>	FAM			
<input type="checkbox"/>	MAS			
<input type="checkbox"/>	Autres : (Précisez)			

Notifications de droits :

	Type	Dates		Commentaire
		début	fin	
<input type="checkbox"/>	AAH			
<input type="checkbox"/>	AEEH			
<input type="checkbox"/>	PCH Aide humaine			
<input type="checkbox"/>	PCH Transport			
<input type="checkbox"/>	Autre : (Précisez) - - -			

Situation juridique

Existe-t-il une mesure de protection ? Oui Non En cours

Type de mesure (Tutelle, curatelle simple, curatelle renforcée, habilitation familiale, MASP, MAJ) :

Si oui, mesure confiée à :

Coordonnées du représentant légal :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel. / / / /

Courriel : _____ @ _____

Volet social

Personnes ressources intervenant dans la situation :

Nom - Prénom	Lien	Adresse	Téléphone

Volet financier

NATURE	ORGANISME PAYEUR	MONTANT MENSUEL
Allocation Jeune Majeur		
Allocation Adulte Handicapé (AAH)		
AEEH + complément		
Prestation de Compensation Handicap (PCH aide humaine)		
Prestation de Compensation Handicap (PCH transport)		
Autre :		
TOTAL :		

Avez-vous une aide sociale à l'hébergement : Oui Non

Prise en charge médicale

PROFESSIONNEL	OUI	NON	COORDONNEES	FREQUENCE
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - - - -	
Cabinet infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Pièces à fournir

- Certificat Médical à remettre sous pli confidentiel au médecin du service
- Justificatif d'identité
- Si mesure de protection juridique, copie du jugement
- Notifications MDPH ou accusé réception du dépôt de la demande
- Attestation de responsabilité Civile

En fonction de votre situation :

- Copie du Contrat Jeune Majeur
- Notification de maintien en établissement au titre de l'amendement CRETON

Le dossier sera considéré complet, à réception de toutes ces pièces.

Le dossier est à retourner au :

SAVS L'Élan
14 rue du Vieux Bourg
29850 GOUESNOU