



# Dossier de demande d'admission

**S.A.V.S. Don Bosco**



Cadre réservé à l'administration

Date d'envoi :

Date de réception :

Créé le 22/08/2011  
MAJ : 24/09/2015

S.A.V.S. – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Siège Social et Site de Morlaix  
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-LES-MORLAIX  
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49  
savs@donbosco.asso.fr

Site de Brest  
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU  
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44  
savs@donbosco.asso.fr

## Personne instruisant la demande

Date de la demande : ...../...../.....

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone :     /     /     /     /

Fonction : \_\_\_\_\_

## **Situation de la personne concernée par la demande d'accompagnement S.A.V.S.**

### **Renseignements administratifs**

Monsieur\*, Madame\*

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone :     /     /     /     /

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance :     /     /

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

(\* Rayer la mention inutile)

**Ce dossier doit nous être retourné dans un délai de 6 mois  
à compter de la date d'envoi du dossier.  
Passé ce délai, votre dossier ne sera plus pris en compte.**

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec le S.A.V.S.

S.A.V.S. – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

## **Situation de la personne**

### **Situation familiale :**

- Célibataire       Marié(e)       Pacsé(e)       Vie maritale  
 Séparé(e)       Divorcé(e)       Veuf(ve)

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

### **Domicile :**

- Personnel       Parental       autre Précisez.....  
 Locataire (bailleur social)       Locataire (bailleur privé)       Propriétaire

### **Situation administrative :**

N° de dossier M.D.P.H. : \_\_\_\_\_

Orientation S.A.V.S. notifiée par la M.D.P.H. :  oui       non       en cours.

Précisez la date du dépôt du dossier à la M.D.P.H. : : / /

Date de validité : du : / / au : / /

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

- Mutuelle (Nom et Coordonnées) \_\_\_\_\_  
 CMU-C \_\_\_\_\_

### **Situation juridique :**

- Tutelle       Curatelle       Sauvegarde de justice  
 MASP       Sans régime de protection

Mesure confiée à :

Adresse du tuteur / association de tutelle :

---

---

---

N° de téléphone : / / / /

S.A.V.S. – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

### **Situation financière :**

Ressources :

- Salaire
- Indemnités journalières
- Allocations logement
- Allocation aux Adultes Handicapés
- Allocation supplémentaire d'invalidité
- Retraite complémentaire

- Allocations chômage
- Prestations familiales
- Revenu de Solidarité Active
- Pension d'invalidité
- Retraite
- Autres (précisez)

### **Suivi médical :**

Nom et adresse du médecin traitant :

---

---

---

Nom et adresse du médecin psychiatre référent :

---

---

---

\*\*\*\*\*

### **Pièces jointes :**

- Un courrier pour le médecin psychiatre et une fiche médicale,
- Une enveloppe, pour retour à notre service, de la fiche médicale.

### **Pièces à fournir :**

- Notification de décision d'orientation S.A.V.S. de la M.D.P.H. avec les dates et échéances, si vous la possédez ou dès réception de celle-ci.
- Attestation de droits à l'assurance maladie
- Attestation de Responsabilité Civile
- Une copie de la pièce d'identité
- La fiche médicale, ci-jointe, remplie par le médecin psychiatre référent de la situation et adressée au :  
Docteur TOKPANOU  
14 rue du Vieux Bourg  
29850 GOUESNOU

S.A.V.S. – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Pour information : Les éléments médicaux fournis dans ce dossier le sont à titre confidentiel et exclusivement réservés au médecin psychiatre de notre service.



## Dossier à transmettre à votre médecin-psychiatre

S.A.V.S. – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Siège Social et Site de Morlaix  
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-LES-MORLAIX  
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49  
[savs@donbosco.asso.fr](mailto:savs@donbosco.asso.fr)

Site de Brest  
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU  
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44  
[savs@donbosco.asso.fr](mailto:savs@donbosco.asso.fr)



Objet : Demande d'éléments médicaux

Cher confrère,

Votre patient envisage un accompagnement par notre S.A.V.S. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

Ce service qui a pour fonction un accompagnement social particulier de patient ayant un handicap psychique (psychose au sens large) nécessite une orientation S.A.V.S. délivrée par la M.D.P.H., un dossier de demande d'admission et une fiche médicale.

Sous couvert de la nécessaire confidentialité que vous devez à votre patient, je vous propose de m'adresser des éléments diagnostics et biographiques que je pourrais retraduire pour l'équipe éducative (fiche jointe).

Si vous le souhaitez, nous sommes intéressés et à votre disposition pour vous rencontrer, avec l'équipe, pour évoquer la situation et les perspectives d'accompagnement de cette personne, sous réserve de l'accord de celle ci.

Veuillez agréer, cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Dr Isabelle TOKPANOU  
Psychiatre.

S.A.V.S. – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Siège Social et Site de Morlaix  
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-LES-MORLAIX  
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49  
[savs@donbosco.asso.fr](mailto:savs@donbosco.asso.fr)

Site de Brest  
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU  
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44  
[savs@donbosco.asso.fr](mailto:savs@donbosco.asso.fr)

## **FICHE MEDICALE**

(à remplir par le médecin psychiatre et à adresser sous pli cacheté au Docteur TOKPANOU, médecin psychiatre du S.A.V.S.,  
14 rue du Vieux Bourg, 29850 GOUESNOU

Nom et prénom de la personne : .....  
Date de naissance : .... / .... / ....

Date de début de prise en charge psychiatrique : .... / .... / ....

#### **Antécédents psychiatriques :**

## Histoire de la maladie :

### **Diagnostic proposé :**

#### **Traitement actuel :**

## **Avis médical sur cette demande d'admission au S.A.V.S. :**

**Le ...../...../.....**

**Nom, Signature et cachet du médecin**