



Dossier de candidature

Données administratives

IDENTITE DE L'USAGER

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE _____

N° CARTE D'IDENTITE _____ VALIDITE _____

Célibataire
 Marié(e)
 Divorcé(e)
 Veuf(ve)
 Séparé(e)

PERSONNE A CONTACTER POUR CETTE DEMANDE

Famille (père – mère – fratrie)
 Mandataire
 Assistant(e) social(e)
 Autre

ASSOCIATION _____

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TELEPHONE _____ E-MAIL _____

FAX _____ PORTABLE _____

SITUATION ACTUELLE

EN FAMILLE Depuis toujours Du / / Au / /

EN FAMILLE D'ACCUEIL Depuis toujours Du / / Au / /

EN ETABLISSEMENT (actuel et avant dernier) :

_____ Depuis le _____

_____ Du / / Au / /



Dossier de candidature

Données administratives

SITUATION DE FAMILLE

IDENTITE DU PERE (si différent de la personne de contact)

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TELEPHONE _____ PORTABLE _____

E-MAIL _____

IDENTITE DE LA MERE (si différent de la personne de contact)

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

(si différent du père)

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TELEPHONE _____ PORTABLE _____

E-MAIL _____

IDENTITE DES ENFANTS

Nom	Prénom	Date de naissance	Téléphone

IDENTITE DE LA FRATRIE

Nom	Prénom	Date de naissance	Téléphone



Dossier de candidature

Données administratives

DECISION MDPH – DEPARTEMENT :

ORIENTATION	<input type="radio"/> FO	<input type="radio"/> FAM	<input type="radio"/> IME	<input type="radio"/> MAS
N° DOSSIER	_____			
DATE DE DEBUT	_____		DATE DE FIN	
CARTE INVALIDITE	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> DEMANDE EN COURS	
AAH	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> DEMANDE EN COURS	
PCH	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> DEMANDE EN COURS	
si oui, lesquelles ?	_____			

AIDE SOCIALE

	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> DEMANDE EN COURS
DATE DE DEPOT DE LA DEMANDE	_____		CONTACT
TELEPHONE	_____		E-MAIL
DEPARTEMENT	_____		N° DOSSIER
DATE DE DEBUT	_____		DATE DE FIN

RESPONSABILITE CIVILE

	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> DEMANDE EN COURS
COMPAGNIE	_____		N° CONTRAT
DATE DE DEBUT	_____		DATE DE FIN

AUTRES DONNEES ADMINISTRATIVES

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Carte d'identité ou Passeport | <input type="radio"/> Notification MDPH |
| <input type="radio"/> Jugement de mise sous protection | <input type="radio"/> Notification d'aide sociale |
| | <input type="radio"/> Attestation d'ouverture de droit à la sécurité sociale |



AUTONOMIE / DEPENDANCE PHYSIQUE

ALIMENTATION

S'alimente seul		N'est pas capable de s'alimenter seul	
avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)		Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusion)	
avec une aide partielle (lui couper la viande, le stimuler oralement)		Aide humaine totale	
Repas mixés	O - N	Risque de fausse route	O - N

HYGIENE

Se lave seul, sans aucune aide		N'est pas capable de se laver seul mais collabore lors de la toilette	
Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale		Aide humaine totale	
Nécessite une aide pour laver certaines parties du corps			

HABILLAGE / DESHABILLAGE

S'habille et se déshabille sans aucune aide		N'est pas capable de s'habiller / se déshabiller seul mais collabore	
S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance orale		Aide humaine totale	
Nécessite une aide partielle (fermer les boutons, nouer les lacets, etc.)			

CONTINENCE

Continence complète		Incontinence fréquente diurne	
Continence sur sollicitation		Incontinence fréquente nocturne	
Incontinence occasionnelle		Aucun contrôle des sphincters	

S'ASSOIR ET SE RELEVER

Se lève et s'assoit seul		Est levé et assis avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)	
dans un siège adapté (accoudoirs, etc.)		Ne peut être levé	
avec l'aide d'une personne (le résident collabore)			



Dossier de candidature

Evaluation des capacités

Et du comportement

SE LEVER ET SE COUCHER

Se lève et se couche seul		Est levé et assis avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)	
dans un lit médicalisé adapté		Ne peut être levé	
avec l'aide d'une personne (le résident collabore)			

MOBILITE

Se déplace seul, sans appui		Se déplace seul, en fauteuil roulant	
avec difficultés (nécessité d'un appui : canne, tribune, etc.)		Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'une personne	
avec l'aide d'une personne			

AUTONOMIE / DEPENDANCE PSYCHO-COGNITIVE

EXPRESSION

S'exprime oralement sans difficulté		Pas d'accès au langage	
avec quelques difficultés		Langage gestuel (LSF / LSB)	
avec difficultés importantes pour l'interlocuteur de comprendre		Mutisme	
S'exprime difficilement avec impossibilité pour l'interlocuteur de comprendre			

COMPREHENSION

Dispose de bonnes capacités de compréhension		Ne comprend que des phrases simples	
avec quelques difficultés		Grandes difficultés de compréhension, même pour les consignes simples.	
Besoin d'un support de type pictogramme ou autre ?		Langage gestuel (LSF / LSB)	
		Surdité	



Dossier de candidature

Evaluation des capacités

Et du comportement

SOMMEIL

Ne présente aucun trouble du sommeil		Troubles du sommeil ponctuels et circonstanciés	
		Présente des troubles du sommeil manifestes et réguliers	

HUMEUR

Stable :	<input type="radio"/> Jovial	<input type="radio"/> Déprimé et triste	<input type="radio"/> repli et inhibition
Fluctuante :			

ORIENTATION TEMPORELLE

Se repère correctement dans le temps (jour, mois, année)		Se repère difficilement dans le temps, même avec des aides	
à l'aide de supports visuels		Est incapable de se repérer dans le temps	
à l'aide de supports rituels			

ORIENTATION SPATIALE

Se repère correctement dans l'espace		Se repère difficilement dans l'espace, même avec des aides	
Se repère correctement dans le lieu qu'il connaît		Est incapable de se repérer dans l'espace	
Est capable de se repérer à l'aide de supports visuels			

MEMOIRE D'EVOCATION

Evoque des faits récents (menu du dernier repas, occupation de la veille, nom/prénom)		Aucune évocation cohérente (propos qui ne correspondent pas à la réalité)	
Evoque uniquement des faits anciens			



Dossier de candidature

Evaluation des capacités

Et du comportement

AUTONOMIE / DEPENDANCE SOCIALE ET RELATIONNELLE

LOISIRS ET TEMPS LIBRE

Est capable de s'occuper seul		Est incapable de s'occuper	
Est capable de s'occuper sur sollicitation			

ADAPTATION AU CONTEXTE SOCIAL

Repères les différents types de situations sociales et s'adapte correctement		S'adapte uniquement aux situations sociales de l'établissement	
S'adapte avec quelques difficultés aux différents contextes sociaux		Vit dans son monde, sans tenir compte du contexte social	

AISANCE RELATIONNELLE

Entre facilement en relation avec d'autres personnes		Présentes des difficultés relationnelles importantes	
Entre en relation uniquement avec des personnes connues		Evite tout contact avec d'autres personnes	

COMPORTEMENTS INADEQUATS

AGRESSIVITE

OUI

NON

Degré d'agressivité : 1= très grande 2= grande 3= moyenne 4= faible 5= inexistante					
Auto-agressivité		Gestuelle		Verbale	
Hétéro-agressivité		Réactionnelle		Sur l'environnement	

Précisions éventuelles (description des comportements agressifs, les éléments déclencheurs éventuels, la fréquence, les indications afin de gérer ces comportements, etc.)



Dossier de candidature

Evaluation des capacités

Et du comportement

VIE SEXUELLE

OUI

NON

Utilise un langage obscène		Accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation	
Se masturbe en public / à la vue de la famille / à la vue des autres résidents		Tente d'avoir ou a des relations sexuelles avec des partenaires non consentants	
Tente ou fait des attouchements à caractère sexuel à d'autres personnes		Compatible avec la vie en collectivité	

Autres comportements sexuels socialement inadéquats (précisez) :

CONDUITE ALIMENTAIRE PERTURBEE

OUI

NON

<input type="checkbox"/> Anorexie	<input type="checkbox"/> Boulimie	<input type="checkbox"/> Potomanie
<input type="checkbox"/> Encoprésie	<input type="checkbox"/> Ingestion d'objet	<input type="checkbox"/> Autres :

CONDUITE ADDICTIVE

OUI

NON

<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Stupéfiants
<input type="checkbox"/> Psychotrope	<input type="checkbox"/> Consommation anormale médicament	

COMPORTEMENTS DEVIANTS

OUI

NON

ERRANCES ET FUGUES	<input type="checkbox"/> Involontaire ; errance	<input type="checkbox"/> Délibérées ; Préméditées	<input type="checkbox"/> Retour spontané	<input type="checkbox"/> Mise en danger importante
ACTES MEDICO-LEGAUX	<input type="checkbox"/> Pyromanie	<input type="checkbox"/> Petite délinquances		

Précisions éventuelles (type de risques, fréquences, événements déclencheurs, etc.) :



Dossier de candidature

Renseignements médicaux À faire remplir par le médecin

(à remettre sous pli cacheté)

PATIENT

NOM _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

TAILLE POIDS GROUPE SANGUIN

PRESSIION ARTERIELLE FREQUENCE CARDIAQUE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

ORIGINE DU HANDICAP

AUTRES DONNEES GENERALES

CONTRACEPTIONS OUI NON
si oui, laquelle ? _____

ALLERGIES OUI NON
si oui, laquelle ? _____



Renseignements médicaux
À faire remplir par le médecin

(à remettre sous pli cacheté)

DEFICIENCES

INTELLECTUELLE LEGERE MODEREE SEVERE PROFONDE

TROUBLES DU PSYCHISME

OUI NON

si oui, exemple

TROUBLES DU COMPORTEMENT

OUI NON

si oui, exemple

EPILEPSIE

OUI NON

si oui, type & fréquence

Stabilisée ?

OUI NON

si oui, date de la dernière crise ?

TROUBLES DE L'AUDITION

OUI NON

*si oui, troubles associés
(acouphènes, vertiges)*

TROUBLES DE LA VISION

OUI NON

TROUBLES DIGESTIFS

OUI NON

Déglutition, alimentation ?

BESOIN DE DIALYSE

OUI NON

**SYSTEME IMMUNITAIRE &
HEMATOPOÏÉTIQUE**

OUI NON



Dossier de candidature

Renseignements médicaux À faire remplir par le médecin

(à remettre sous pli cacheté)

HOSPITALISATIONS

Date	Lieu	Objet

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Réalisées	A prévoir

VACCINATIONS

Type	Date dernier rappel	A Faire



Dossier de candidature

Renseignements médicaux À faire remplir par le médecin

(à remettre sous pli cacheté)

SOINS INFIRMIERS ET PARAMEDICAUX

LIT PARTICULIER

OUI

NON

si oui, quel type ?

(barrières, matelas anti-escarres)

KINESITHERAPIE

OUI

NON

si oui, quel type ?

si oui, quelle fréquence ?

ERGOTHERAPIE

OUI

NON

si oui, quel type ?

si oui, quelle fréquence ?

AUTRES : _____

OUI

NON

si oui, quel type ?

si oui, quelle fréquence ?

COORDONNEES DU MEDECIN

Contact	Cachet