



## 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

<b>ERRANCES ET FUGUES</b>	<input type="checkbox"/> Involontaire ; errance	<input type="checkbox"/> Délibérées ; Préméditées	<input type="checkbox"/> Retour spontané	<input type="checkbox"/> Mise en danger importante
<b>ACTES MEDICO-LEGAUX</b>	<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 ?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Dossier de candidature

### 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