

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

SOMMAIRE

1. Bilan ADMINISTRATIF : [Page 3 à 8](#)

A compléter par le responsable légal

2. Bilan EDUCATIF : [Page 9 à 16](#)

Si prise en charge : A faire compléter par l'établissement d'accueil actuel de la personne à accueillir ou tout autre professionnel pouvant évaluer les potentialités de la personne

Si domicile sans aucune prise en charge : à compléter par le responsable légal

3. Bilan MEDICAL : [Page 17 à 20](#)

A faire compléter par un Médecin

4. Autorisation « Vaccination antigrippale » : [Page 21](#)

A compléter par le responsable légal

5. Autorisation « d'intervention chirurgicale » : [Page 23](#)

A compléter par le responsable légal

6. Autorisation « Droit à l'image » : [Page 25](#)

A compléter par le responsable légal

7. Attestation de communication de coordonnées personnelles auprès de la Fondation Jacques Chirac : [Page 27](#)

A compléter par le responsable légal

8. Désignation personne de confiance (NON OBLIGATOIRE) : [Page 29](#)

A compléter par le responsable légal

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

BILAN ADMINISTRATIF

A. ETAT CIVIL


Enfant

Nom/prénom :

Date et lieu de naissance : _____ **à :** _____

Dpt : _____

Parents

	MERE	PERE
Nom/Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance + Dpt		
Emploi/Fonctions		
 lieu de travail		

Nom et Adresse du Responsable légal :

 :

Si séparés

 :

Fournir tout jugement en lien avec la séparation et droits de garde

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Fratrie

Nom/Prénom	Date de naissance	Classe suivie

FOURNIR COPIE DU LIVRET DE FAMILLE

B. SOCIAL

Couverture sociale

Nom et adresse de la Caisse :

Nom de l'assuré(e) :

N° d'immatriculation :

Allocations familiales

Nom et adresse de la Caisse :

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire:

Prise en charge M.D.P.H.

Date de prise en charge de placement MDPH :

FURNIR COPIE DE LA NOTIFICATION

Bénéficiaire de l'A.E.E.H (allocation d'éducation d'enfant handicapé) :

Oui (**merci de fournir copie de la notification**) Non

Titulaire d'une carte d'invalidité :

Oui (**merci de fournir copie du document**) Non

C. PLACEMENT/HEBERGEMENT

TYPE ACCUEIL	NOM STRUCTURE	PERIODES ACCUEIL

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

D. Vêtture et argent de poche

La vêtture et l'argent de poche sont à la charge du responsable légal

- La vêtture :

Deux possibilités sont offertes :

▶ verser **250 € par semestre** à l'établissement qui se chargera du renouvellement des vêtements.

La somme nécessaire est de, mais sera réétudiée en permanence, selon les besoins du résidant.

▶ soit prendre en charge les achats (textiles d'entretien classique uniquement).

ATTESTATION

Je/Nous soussigné(s)

Déclare/ons

verse

- L'argent de poche :

L'argent de poche est utilisé notamment pour couvrir les frais d'étiquetage du trousseau et d'autres frais de loisirs. Il devra être versé à l'établissement en fonction des besoins du résidant.

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

E. Motivations de la demande d'admission

A compléter par le Responsable légal

Par conséquent,

Je/nous soussigné(e)s,

sollicite/ons une admission au sein de votre structure, en internat permanent, pour :

Melle/Mr..... né(e) le

Date :

Signature du /des responsables légaux,

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Nom/prénom :

BILAN EDUCATIF

A. EVALUATION DES CAPACITES

Vie Quotidienne							
Propreté - Hygiène - Toilette	Oui	Non	Fait seul	Besoin d'un tiers	Aide verbale	Aide gestuelle	Ne le fait pas
Va au WC							
Sait s'essuyer							
Sait tirer la chasse d'eau							
A acquis la continence de jour							
A acquis la continence de nuit							
Porte des changes le jour							
Porte des changes la nuit							
Fait sa toilette							
Connait son schéma corporel							
Utilise le gant de toilette							
Sait gérer les quantités de gel douche et shampoing							
Sait régler la température de la douche							
Sait s'essuyer							
Sait s'habiller							
Reconnait ses vêtements							
Sait adapter ses vêtements au temps							
Sait se chausser							
Sait faire ses lacets							
Sait se déshabiller							
Observations complémentaires :							

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Vie Quotidienne							
Repas - Alimentation	Oui	Non	Fait seul	Besoin d'un tiers	Aide verbale	Aide gestuelle	Ne le fait pas
Sait manger							
Sait boire							
Sait utiliser son couteau							
Sait utiliser sa fourchette							
Sait mettre sa serviette							
Sait manifester ses choix							
<i>Observations complémentaires :</i>							

Régime	Oui	Non
Alimentation normale		
Alimentation hachée		
Alimentation mixée		
Alimentation sélective		
Risque de fausse route		

Sommeil - Endormissement	Oui	Non	Heure	Besoin d'un tiers	Aide verbale	Aide gestuelle
Se couche seul(e)						
A peur de l'obscurité			-			
A des difficultés pour s'endormir			-			
A des angoisses nocturnes, des insomnies			-			
Se lève la nuit						
Se réveille						
Fait la sieste						

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Observations complémentaires :

Vie Quotidienne

Participation aux tâches	Oui	Non	Fait seul	Besoin d'un tiers	Aide verbale	Aide gestuelle	Ne le fait pas
Range sa chambre							
Fait son lit							
Range ses vêtements							
Aide à mettre le couvert							
Aide à préparer le repas/goûter, ...							
Passe le balai							
Passe l'éponge							

Observations complémentaires :

Déplacements - Orientation

Mobilité	Oui	Non	Avec aide
Se tient debout			
Se déplace seul			
Est appareillé(e)			Type :
Se déplace en fauteuil seul			

Observations complémentaires :

Comportement	Oui	Non
A conscience du danger		
Peut fuguer		
Gère la frustration		
Auto agressivité		
Hétéro agressivité		

Observations complémentaires :

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Repérage Espace -Temps	Oui	Non	Aide verbale	Aide gestuelle
Se repère dans le temps				
Se repère à l'aide de support visuel				
Se repère dans l'espace				
Se repère avec une aide visuelle				
Observations complémentaires :				

Expression/Echanges				
Langage/paralangage	Oui	Non	Aide verbale	Aide gestuelle
A acquis le langage				
Parle à bon escient				
Sait se faire comprendre				
Emploie la langue des signes				
Emploie un support visuel				
Emploie la méthode « Makaton »				
Comprend les consignes				
Est d'humeur stable			-	-
Observations complémentaires :				

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Relation/socialisation				
Autonomie/environnement	Oui	Non	Aide verbale	Aide gestuelle
Est capable de s'occuper seul				
S'adapte facilement			-	-
Entre en relation			-	-
Supporte la collectivité			-	-
Supporte le bruit			-	-
Respecte son environnement				
Observations complémentaires :				

MERCI DE BIEN VOULOIR FOURNIR TOUS COMPTES-RENDUS EDUCATIFS ET PEDAGOGIQUES

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

GRILLES GENERALES D'EVALUATION

EVALUATION GLOBALE D'AUTONOMIE

Par rapport à une personne de même âge au développement normal

1 seule cotation par item

De 0 (*ne fait pas*) à 5 (*fait totalement*)

Hygiène	
Contenance	
Habillement	
Alimentation	
Sommeil	
Motricité	
Communication	
Langage verbal	
Orientation Temporelle	
Orientation Spatiale	
Loisirs et temps libre	
Socialisation Capacités relationnelles	
Participation Vie collective	

GRILLE D'EVALUATION DES COMPORTEMENTS PROBLEMES

1 seule cotation par item

De 0 (*jamais*) à 4 (*très souvent*)

Fugue	
Auto agressivité	
Hétéro agressivité	
Hyperactivité, sur-agitation	
Insertion d'objets ou autre dans les orifices de ses pairs	
Insertion d'objets ou autres dans ses orifices	
Ingestions inappropriées	
Dégradation de l'environnement	
Conduites inappropriées en extérieur	

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

B. COMPTE RENDU DE VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITES

Vie et habitudes du quotidien

(Précisez les habitudes (ex : dort avec un doudou, boit du café le matin, ...))

Dérroulement de la journée	Heure	Descriptif
Lever + petit déjeuner		
Matinée		
Déjeuner		
Goûter		
Après-midi		
Dîner		
Veillée + coucher		

Remarque : vous pouvez fournir en annexe d'autres renseignements et comptes rendus

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

Nom/prénom :

BILAN MEDICAL

A COMPLETER PAR LE MEDECIN ET A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

Taille :

Poids :

Groupe sanguin :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

ORIGINE DU HANDICAP

FOURNIR COMPTES RENDUS MEDICAUX + PRESCRIPTIONS MEDICALES

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

ETAT DES DEFICIENCES

▶ Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou du comportement

▶ Déficiences liées à l'épilepsie

Type :

Fréquences des crises :

▶ Déficiences de l'audition

Troubles associés (acouphènes, vertiges) :

▶ Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité :

▶ Déficiences de la vision

Amélioration possible

Amélioration impossible

Médicalement

Chirurgicalement

Autres troubles :

▶ Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

Trouble de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit :

▶ Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination :

Dialyse : oui

non

Fréquence hebdo :

Greffe : oui

non

Date : .../.../..... Tolérance :

▶ Déficiences métaboliques, enzymatiques

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

REALISEES	A PREVOIR

VACCINATIONS

TYPE	DATE DERNIER RAPPEL

FOURNIR COPIE DU CARNET DE SANTE

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

AUTORISATION DE VACCINATION ANTI-GRIPPALE

Je/nous soussigné(s),

Mr et/ou Mme
Agissant en qualité de responsable(s) légal(aux)

Autorise

N'autorise pas

l'établissement « IME/MAS du Pays de Millevaches »
à procéder à la vaccination antigrippale de

Melle/Mr

Fait à,

Le

Signature du/des responsable(s) légal(aux),

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je/nous soussigné(s),

Mr et/ou Mme
Agissant en qualité de responsable(s) légal(aux)

Sous réserve d'en être préalablement informés ou les personnes désignées ci-dessous :

Autorise

N'autorise pas

Le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie,

DE

Melle/Mr

Fait à,

Le

Signature du/des responsable(s) légal(aux),

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

ATTESTATION DE DROIT A L'IMAGE / ARTICLE 226-8 DU CODE PENAL

Madame / Monsieur.....
est susceptible d'être filmé(e), ou photographié(e), lors de son accompagnement.

Veillez préciser ci-dessous dans quel contexte vous autorisez l'établissement ou le service, à utiliser son/votre image, sa/votre silhouette, sa/votre voix, dans le respect des dispositions légales en vigueur.

Je soussigné :

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :.....

Mail :.....

Agissant en qualité de représentant légal de l'utilisateur (à compléter le cas échéant) :

Nom :.....

Prénom :.....

Autorise les représentants de l'établissement ou du service :.....

A utiliser son/mon image, sa/ma silhouette, sa/ma voix, dans le respect des dispositions légales en vigueur :

Pour une publication :

- Sur le site internet de l'établissement ou du service * OUI NON
- Pour réaliser films et albums photos du service diffusés en interne *
OUI NON

Sur tout support d'information diffusé en externe relatif à la promotion des activités du service *

OUI NON

Fait le :

A :

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé, bon pour accord »

* Entourer la réponse choisie

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DOSSIER DEMANDE ADMISSION

DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

(Non obligatoire - Code de l'action sociale et des familles (CASF) - article L 311-5-1)

Uniquement pour les Personnes Majeures

Melle/Mr (**le Résidant**)

Est dans l'incapacité de nommer une personne de confiance

.....

Est en capacité de nommer une personne de confiance

Je soussigné(e) (**le résidant**),

Atteste

Avoir désigné une personne de confiance

Mme – Melle – Mr

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Adresse mail

Merci de fournir le jugement de validation du Juge des Tutelles

Ne pas vouloir désigner une personne de confiance

Fait à,

Le

Signature du Résidant,

DOSSIER DEMANDE ADMISSION