

# FOYER DE VIE

## LES MAGNOLIAS

### DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION

DEMANDE D'ACCUEIL TEMPORAIRE, si oui pour quel(s) motif(s) :

- ACCUEIL DE REPIT
- ACCUEIL BILAN AUTONOMIE

DEMANDE D'ACCUEIL PERMANENT

NOM : .....

PRENOM : .....

A TRANSMETTRE A L'ADRESSE SUIVANTE :

6 avenue Saint Goazec

44300 Nantes

foyer.nantes@apf.asso.fr

CE DOSSIER DE PRE INSCRIPTION SE COMPOSE DE DEUX PARTIES : ADMINISTRATIVE, AUTONOMIE ET BESOINS PERSONNELS. VEILLEZ A COMPLETER LA TOTALITE DU DOSSIER AFIN DE POUVOIR ETUDIER VOTRE DEMANDE.

SI VOTRE DEMANDE CONCERNE UN ACCUEIL TEMPORAIRE ET UN ACCUEIL PERMANENT, UN SEUL DOSSIER EST SUFFISANT.

## PARTIE ADMINISTRATIVE

### IDENTITE DU CANDIDAT

NOM : .....

PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

SEXE :  FEMININ

MASCULIN

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

MAIL : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

DEPARTEMENT DU DOMICILE DE SECOURS : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....

### PERSONNE A CONTACTER POUR L'ETUDE DU DOSSIER (LA PERSONNE PEUT ETRE CONTACTEE POUR UN COMPLEMENT D'INFORMATION)

NOM : ..... PRENOM : .....

TELEPHONE : ..... MAIL : .....

NATURE DU LIEN (PERE, MERE...) : .....

REPRESENTANT LEGAL :  OUI  NON

### SITUATION FAMILIALE

CELIBATAIRE

MARIE·E

VIE MARITALE

PACSE·E

VEUF·VE

DIVORCE·E

SEPRE·E

### CONDITIONS DE VIE ACTUELLE

SEUL·E

SEUL·E AVEC TIERCE PERSONNE (COORDONNEES) : .....

AU DOMICILE FAMILIAL

EN ESMS (COORDONNEES DE LA STRUCTURE) :

.....

.....

**MESURE DE PROTECTION**

OUI                       EN COURS                       NON

SI OUI :

TUTELLE                       CURATELLE                       CURATELLE RENFORCEE                       SAUVEGARDE DE JUSTICE  
 HABILITATION FAMILIALE

COORDONNEES DE LA PERSONNE EXERÇANT LA MESURE DE PROTECTION

.....

TELEPHONE : ..... MAIL : .....

**ORIENTATION**

NOTIFICATION D'ORIENTATION MDPH EN ESMS :  OUI                       NON

FOYER DE VIE                       MAS                       FAM

DATES DE VALIDITE : DU..... AU .....

**JOINDRE LA NOTIFICATION DE LA MDPH SI VOUS L'AVEZ REÇUE.**

NOTIFICATION PCH AIDE HUMAINE :  OUI                       NON

NOMBRE D'HEURES ACCORDEES PAR MOIS : .....

AVEZ-VOUS FREQUENTE, DANS L'ANNEE EN COURS, D'AUTRES ETABLISSEMENTS ?  OUI                       NON

SI OUI, MERCI D'INDIQUER LE NOMBRE DE JOURS DEJA EFFECTUES ET LES DATES DE SEJOUR :

.....

.....

.....

**QUI EST A L'INITIATIVE DE LA DEMANDE (VOUS POUVEZ COCHER PLUSIEURS CASES)**

REPRESENTANT LEGAL

FAMILLE

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL ACTUEL, LEQUEL : .....

AUTRE, PRECISEZ : .....

LE DOSSIER EST COMPLETE PAR : NOM : ..... PRENOM : .....

EN QUALITE DE : .....

DEMEURANT A (ADRESSE COMPLETE): .....

TELEPHONE : ..... PORTABLE : ..... MAIL .....

## MOTIVATION DE LA DEMANDE

DÉTAILLER EN QUELQUES MOTS LES MOTIVATIONS DE VOTRE DEMANDE D'ACCUEIL

.....

.....

.....

.....

.....

## AUTONOMIE ET BESOINS PERSONNELS

### ORIGINE DU HANDICAP

- NAISSANCE
- ACCIDENT
- PATHOLOGIE - MALADIE :
- MALADIE EVOLUTIVE                       MALADIE NON EVOLUTIVE

### DEFICIENCES MOTRICES

- MEMBRES INFERIEURS, PRECISEZ : .....
- MEMBRES SUPERIEURS, PRECISEZ : .....
- HEMIPLEGIE                       GAUCHE                       DROITE
- QUADRIPLEGIE

- DEFICIENCE DE LA DEGLUTITION                       OUI                       NON
- DEFICIENCE DE L'ÉLOCUTION ET / OU DE LA PHONATION                       OUI                       NON

### DEFICIENCES ASSOCIEES

#### ACUITE VISUELLE

- NON VOYANT                       MAL VOYANT                       INDETERMINEE                       PAS DE TROUBLE
- PORT DE LUNETTES                       OUI                       NON
- PORT DE LENTILLES                       OUI                       NON

#### ACUITE AUDITIVE

- SOURD                       MALENTENDANT                       INDETERMINEE                       PAS DE TROUBLE
- APPAREILLAGE                       OUI                       NON

DEFICIENCE INTELLECTUELLE

OUI

NON

DONNEE INCONNUE

TROUBLES DU COMPORTEMENT

OUI

NON

DONNEE INCONNUE

## COMMUNICATION

VERBALE

NON VERBALE

BESOIN D'UN OUTIL DE COMMUNICATION

## TRANSFERTS

### LEVER

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### COUCHER

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### DOUCHE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### WC

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

## APPAREILLAGE (EXEMPLE : LEVE PERSONNE, VERTICALISATEUR, GUIDON DE TRANSFERT...)

LEVE PERSONNE	OUI	NON
GUIDON DE TRANSFERT	OUI	NON
DISQUE DE TRANSFERT	OUI	NON
VERTICALISATEUR	OUI	NON
FAUTEUIL ROULANT MANUEL	OUI	NON
FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE	OUI	NON
AUTRES	OUI	NON

## DEPLACEMENTS

### INTERIEURS

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### EXTERIEURS

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

## HYGIENE

### TOILETTE CORPORELLE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### SOINS D'APPARENCE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### CONTROLE URINAIRE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### CONTROLE FECAL

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

## VIE QUOTIDIENNE

### HABILLAGE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### DESHABILLAGE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### PREPARATION DES REPAS

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### PRISE DES REPAS

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

### PRISE DES MEDICAMENTS

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

## ENTRETIEN DU LOGEMENT ET DU LINGE

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

## CAPACITES A PRENDRE DES DECISIONS ADAPTEES

### S'ORIENTER DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

#### TEMPS – DISTINCTION

JOUR/NUIT	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
MATIN / APRES-MIDI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
JOURS DE LA SEMAINE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

#### ESPACES – REPERES

DANS L'ESPACE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DANS LES LOCAUX HABITUELS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A L'EXTERIEUR	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

#### BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR S'ORIENTER DANS LE TEMPS ET L'ESPACE

.....

.....

.....

### PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES

#### NOTION DU DANGER

POUR LUI-MEME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
POUR LES AUTRES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

#### PRISE DE DECISION

PEUT SE METTRE EN DANGER	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PEUT METTRE EN DANGER LES AUTRES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**AUTORISATION DE SORTIE**

PEUT SORTIR SEUL SANS DANGER	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PRECISEZ : ..... .....		
EST AUTORISE A SORTIR SEUL	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES**

.....  
 .....  
 .....

**DIFFICULTE DE COMPORTEMENT DANS UN COLLECTIF**

OUI

NON

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE**

.....  
 .....  
 .....

Dossier reçu le :