

# Dossier de demande de pré-accueil à l'AJIS (Accueil de Jour Inclusif et Solidaire)

## 1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

### ▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)

Madame

Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom : .....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu de naissance : Commune : .....

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pays : .....

### ▪ Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

.....

.....

## 2. Lieu de Résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial :  Mère  Père  Les deux  Autre

Autre, préciser .....  
(ex : hôtel, famille d'accueil...)  
.....

- Adresse du lieu de résidence

Adresse : .....  
.....

Complément d'adresse : .....

Commune : ..... Code postal :

N° téléphone :

E-mail : .....

## 3. Mesures de protection

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? :  Oui  Non  
(cocher la case correspondante)  
 En cours d'évaluation  Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une :  Sauvegarde de justice  Curatelle simple  
(cocher la case correspondante)  Curatelle renforcée  Tutelle  
 Habilitation Familiale  CJM – Aide sociale à l'enfance

## 4. Personne(s) à contacter

Liens (parents, tuteurs...) : ..... Liens (parents, tuteurs...) : .....  
Nom : ..... Nom : .....  
Prénom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Adresse : .....  
.....  
.....

Code postal :  Code postal :   
 Commune : ..... Commune : .....  
 N° téléphone :  N° téléphone :   
 E-mail : ..... E-mail : .....

## 5. Situation actuelle de la personne

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

### Accompagnement

- Accueilli en famille d'accueil
- Accompagné par un service médico-social\*
- Accompagné par un établissement médico-social\*
- Hospitalisé en établissement sanitaire\*
- Sans accueil ni accompagnement
- Autre, à préciser : .....

### Formation / Emploi

- En formation professionnelle
- Exerce une activité professionnelle
- En recherche d'activité professionnelle
- Sans activité professionnelle
- Retraité     Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

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



## 7. Autonomie et Vie quotidienne

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son rapport à la fatigue			
Gestion de sa sécurité			




Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les transports en commun			
Soulever et porter des objets			




Précision sur le matériel utilisé pour les transferts :

.....

.....

.....

Relations avec autrui			
Compréhension et respect des règles de vie			
Capacité à entrer en relation avec autrui			
Capacité d'adaptation à un groupe			
Gestion des changements et imprévus			

Acquis cognitifs			
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication*			
Compréhension			

\*Besoins particuliers pour faciliter la compréhension (élocution, pictogramme...) :

.....

.....

.....

Vie domestique et courante	Oui	Non
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		
Accompagner par un chien d'assistance		
Gérer l'utilisation de son téléphone portable		

Besoins pour s'alimenter/s'hydrater	Oui	Non	Précision
Risque de fausse route			
Besoin de matériel adapté (verre, paille, couvert...)			
Installation spécifique (besoin d'isolement...)			
Texture particulière des aliments et boissons (Mixé, haché, gélifié...)			
Allergies ou/et aliments/boissons contre-indiqués			

Prise en charge	Oui	Non
Suivi médical particulier		
Soins infirmiers		
Auxiliaire de vie		
Kinésithérapeute		
Orthophoniste		
Ergothérapeute		
Psychiatre		
Psychologue		
Autre :		

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- Canne  
  Déambulateur  
  Fauteuil roulant manuel  
  Fauteuil roulant électrique  
 Orthèse ou prothèse  
  Appareil auditif

Autre (préciser) : .....

.....

.....

Observations et commentaires :

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

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal

Nom :	.....	Nom :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Signature :	.....	Signature :	.....

### Liste des pièces à joindre au dossier

- Copie des notifications de la CDAPH
- Copie du jugement de tutelle, si concerné

### Accusé de réception

**Cet accusé de réception est à remplir par l'AJIS** La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

Par M. REBOUX .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Adresse de la structure : .....  
.....  
.....

Commune : .....

Code postal :

Téléphone :

E-mail : .....

- Dossier complet
- Dossier incomplet, pièces manquantes :  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait, le .....  
A, .....