# DOSSIER D'INSCRIPTION

Constitution du dossier

**DATE** ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋⌊⌊⌋

**<u>Pièces à joindre :</u>**

- Pièce d'identité recto/verso en cours de validité du bénéficiaire.
- Pièce d'identité recto/verso en cours de validité du représentant légal.
- Attestation d'affiliation à la sécurité sociale et carte vitale.
- Une photo d'identité avec nom et prénom au verso.
- Photocopie du jugement ordonnant une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle…) ou du mandat de protection future.
- Si traitement en cours, joindre l'ordonnance médicale sous enveloppe fermée.

# DONNEES PERSONNELLES

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_ _ _ _⌋ Lieu de naissance : .....

N° S.S. : ⌊_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _⌋ ⌊_ _⌋

Tel du Résident : ⌊_ _ _ _ _ _ _ _ _ _⌋

Nom et prénom du responsable légal : .....

Adresse du responsable légal : .....

.....

Tel responsable légal : ⌊_ _ _ _ _ _ _ _ _ _⌋

N° dossier ARS : .....

Autorisation Droit à l'image : Oui ☐ Non ☐

Personne à contacter en cas d'urgence :

| NOM | PRENOM | LIEN | TELEPHONE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | **MAIL :** | |
| | | | |
| | | **MAIL :** | |
| | | | |
| | | **MAIL :** | |

Dernier établissement fréquenté :

| NOM | SERVICE | VILLE | PERIODE |
|---|---|---|---|
| | | | |

# Evaluation de l'autonomie et

# Traitement médical

| | Réalisé seul et ou avec une aide technique | Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel | Non réalisé | Ne se prononce pas |
|---|---|---|---|---|
| **Mobilité et capacité motrice** | | | | |
| Assure ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se déplacer à l'intérieur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se déplacer à l'extérieur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Avoir la préhension manuelle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Actes essentiels de la vie quotidienne** | | | | |
| Faire sa toilette | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| S'habille et se déshabille | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prendre ses repas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Utilise les toilettes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Assure l'élimination urinaire | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Assure l'élimination fécale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Précision(s) :

.....

.....

| | Réalisé seul et ou avec une aide technique | Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel | Non réalisé | Ne se prononce pas |
|---|---|---|---|---|
| **Capacité cognitive** | | | | |
| S'orienter dans le temps | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| S'orienter dans l'espace | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gérer sa sécurité personnelle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Maîtriser son comportement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Relation avec autrui** | | | | |
| Communication | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Compréhension de règle de vie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Respect de règle de vie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Relations avec autrui | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Précision(s) :

.....

.....

| **Traitement médical sur ordonnance** | **Matin** | **Midi** | **Soir** |
|---|---|---|---|
| Oui ☐ Non ☐ | | | |
| Si Oui : | ☐ | ☐ | ☐ |

Précision(s) :

.....

.....

# Date de prise en charge

Prise en charge du transport : Oui ☐

Non ☐ (RTM, Métropole, Association, famille)

| **Journée(s) demandée(s)** | | | **Horaire : de 8h00 à 18h00** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lundi | ☐ | Mardi | ☐ | Mercredi | ☐ |
| Jeudi | ☐ | Vendredi | ☐ | Samedi | ☐ |
| Dimanche | ☐ | | | | |

| **Mois demandé(s)** | | **Période** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Du** | **Au** | **Du** | **Au** |
| Janvier | ☐ | | | | |
| Février | ☐ | | | | |
| Mars | ☐ | | | | |
| Avril | ☐ | | | | |
| Mai | ☐ | | | | |
| Juin | ☐ | | | | |
| Juillet | ☐ | | | | |
| Aout | ☐ | | | | |
| Septembre | ☐ | | | | |
| Octobre | ☐ | | | | |
| Novembre | ☐ | | | | |
| Décembre | ☐ | | | | |

Observation(s) :

.....

.....

.....