



DOSSIER D'INSCRIPTION

Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)

La Fontaine



FAM – Service Hébergement	FAM – Accueil de jour
Chemin du calvaire 56390 LOCQUeltas	Rue René Cassin 56390 GRAND CHAMP
 : 02 97 66 68 66	 : 02 97 40 36 44

Date de la demande :

** Tout dossier incomplet entraînera la non-validation de votre demande*

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

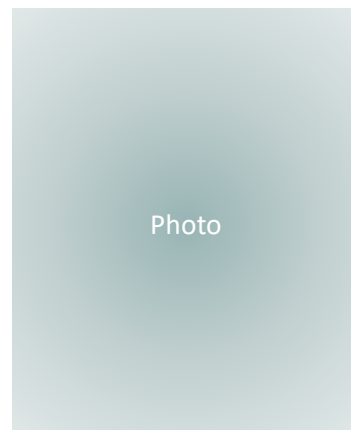
Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

☎ : Mail :



SITUATION ACTUELLE

En Structure ? OUI NON

Si oui : IME MAS FAM Foyer de Vie Autre (à préciser)

Nom de la Structure :

Adresse :

Téléphone : Depuis quelle date ? :

Semi-internat (du lundi au vendredi) Internat (24 h/24 h)

A Domicile

Dans la famille

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Mail :

Autre à préciser :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Mail :

Veuillez compléter la feuille suivante pour un complément d'informations.

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Père :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Mail :

Mère :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Mail :

Dépendez-vous de la mutuelle d'un de vos parents ? OUI NON

NOMS et Prénoms des frères et sœurs :

Nom et Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail :

Nom et Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail :

Nom et Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ? OUI NON

Si oui :

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Validité Du : au :

Nom Prénom de votre représentant légal :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail :

Lien de parenté avec l'intéressé(e):

Si non Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CDAPH ou MDA56

N° de dossier : Orientation indiquée :

Date de la décision : Valable jusqu'au :

(Merci de joindre la photocopie de la notification d'orientation par la CDAPH)

Percevez-vous l'AAH ? OUI NON

Valable jusqu'au :

Percevez-vous la PCH ? OUI NON

Si oui : Aidant Familial Employé à domicile

Valable jusqu'au :

Avez-vous la carte d'invalidité ? OUI NON

Si oui, à quel taux : entre 50 et 80 % supérieur à 80 %

Valable jusqu'au :

Domicile de rattachement administratif en cas d'urgence :

.....
.....

Sécurité Social	Mutuelle	CAF ou MSA
Nom de l'assuré :	Nom de l'adhérent :	Nom de l'allocataire :
N° SS :	N° Adhérent :	N° allocataire :
Adresse de la caisse :	Adresse de la mutuelle :	Adresse de la caisse :

PARCOURS DEPUIS LA NAISSANCE

Merci d'indiquer les événements importants de votre vie, ainsi que les établissements fréquentés et/ou prises en charge par d'autres services :

Petite enfance :	
Enfance :	
Adolescence :	
Age adulte :	

VIE QUOTIDIENNE

1. Les repas

Nombre de repas / jour : Durée de chaque repas :

✦ **Alimentation :** Normale Mixée Hachée Entérale

✦ **Régime :** Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....

✦ **A-t-il des compléments alimentaires dans la journée :** Oui Non

✦ **Dans quelle position prend-il ses repas :**

✦ **A-t-il besoin d'aide pour manger :** Oui Non

Si oui, laquelle : Aide matérielle Aide humaine

✦ **A-t-il besoin d'aide pour boire :** Oui Non

Si oui, laquelle : Aide matérielle Aide humaine

Observations et conseils particuliers :

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

2. La Propreté

✦ **Est-il continent :** **De jour ?** Oui Non

De nuit ? Oui Non

✦ **A-t-il besoin d'un accompagnement aux toilettes :** Oui Non

Observations et conseils particuliers :

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

3. La toilette et l'habillement

✦ La toilette :

A-t-il une préférence : Douche Bain

A-t-il besoin d'une aide à la toilette ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....

✦ L'habillement :

A-t-il besoin d'une aide lors de l'habillement ? Totale Partielle

Observations et conseils particuliers :

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

4. Le Sommeil

Quelle est la qualité du sommeil ?

A-t-il des troubles du sommeil ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....

Peut-il dormir en chambre seule ? Oui Non

A-t-il des moments de repos dans la journée (sieste) ? Oui Non

Observations et conseils particuliers :

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

5. La Mobilité

✦ Déplacements :

Seul Avec l'aide d'une personne

En fauteuil roulant ou déambulateur En fauteuil roulant électrique

Impossibilité (Alité)

✦ Est-il en coquille assise : Oui Non

Si oui,

A quel moment ?	Combien de temps ?

✦ Porte-t-il des appareillages de marche : Oui Non

Si oui,

Lesquels ?	A quelle fréquence ?

Observations et conseils particuliers :

.....

.....

.....

.....

ACTIVITES

✦ Participe-t-il à des activités / Ateliers ? : Oui Non

Si oui,

Lesquelles ?	A quel rythme ?

✦ A-t-il un mode de prise en charge particulier ? : Oui Non

Si oui,

Laquelle ?

✦ Bénéficie-t-il de sorties extérieures ? : Oui Non

Si oui,

Comportement pendant les sorties	Difficultés éventuelles rencontrées

✦ Quels sont ses centres d'intérêts ?

.....

.....

.....

Observations et conseils particuliers :

.....

.....

.....

.....

COMPORTEMENT

✦ **Présente-t-il des troubles fréquemment observés ?** : Oui Non

Si oui,

Comment se manifestent-ils ?	A quel moment ?	Y a-t-il des facteurs déclenchants

✦ **Quelle attitude ou réponse utilisez-vous ?**

.....
.....

✦ **Y a-t-il des moments plus difficiles dans la journée ?** : Oui Non

Si oui, Matin Après-midi Soir

Informations complémentaires :

.....
.....

✦ **Appréhende-t-il certains lieux, atmosphères ou ambiances ?** : Oui Non

Si oui, lesquels :

.....
.....

✦ **A-t-il des intérêts particuliers ?** : Oui Non

Si oui, lesquels :

.....
.....

✦ **A-t-il des craintes (cris, bruits, etc...) ?** : Oui Non

Si oui, lesquels :

.....
.....

Observations et conseils particuliers :

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

COMMUNICATION/LANGAGE

1. Moyens d'expression envers les autres

✦ Quels sont ses modes de communication ?

Par le langage Par les gestes

Autres (à préciser) :

.....
.....

✦ Utilise-t-il un outil visuel de communication ? Oui Non

Si oui, lesquels :

.....
.....

Observations et conseils particuliers :

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

2. Relation avec son environnement

✦ A-t-il l'habitude d'être en groupe ? Oui Non

✦ Apprécie-t-il d'être en groupe ? Oui Non

✦ Y a-t-il des moments dans la journée où il a besoin de s'isoler ? Oui Non

Si oui, à quels moments :

.....

A quelle fréquence :

.....

Observations et conseils particuliers :

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

DOSSIER MEDICAL



*Cette fiche doit être remplie par un médecin (libéral ou d'établissement).
Elle doit être jointe au dossier sous enveloppe cachetée.*

Nom et Prénom de la personne :	Date de naissance :
--------------------------------	---------------------

✦ **Nom et coordonnées du médecin traitant :**

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

✦ **Nom et coordonnées du médecin qui complète le dossier :**

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

Antécédents médico chirurgicaux :

✦ **A la naissance :**

.....
.....

Poids : Taille : APGAR :

Prématuré : Oui Non

Si oui, précisez :

✦ **A l'adolescence :**

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

✦ **Antécédant familiaux :**

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

Déficience(s) :

✦ Déficiences Intellectuelles :

Sévère Moyenne Légère Autre, précisez :

Diagnostic psychiatrique connu

Anomalies génétiques

Troubles du Spectre autistique

Déficience sensorielle (auditive, visuelle...)

Précisez :

.....
.....

✦ Déficience motrice

Si oui, laquelle :

.....
.....

Avec aide technique :

Fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant électrique

Déambulateur

Canne

Polyhandicap

Epilepsie :

Fréquence des crises :

Autres déficiences :

Précisez :

Poids actuel :

Taille actuelle :

Causes et/ou origines du handicap :

Détaillez :

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

✦ **Description détaillée du handicap :**

.....

.....

.....

.....

.....

✦ **Conséquences sur le quotidien :**

.....

.....

.....

Le handicap est-il évolutif ? Oui Non Stabilisé

Résultats détaillés des principaux examens complémentaires pratiqués avec les dates :

.....

.....

.....

.....

Traitement détaillé :

.....

.....

.....

📎 **Joindre la dernière ordonnance**

Vaccins (à préciser) :

.....

.....

.....

✦ **Si la personne est suivie par un spécialiste, lequel ?** : (joindre les comptes-rendus ou bilans de prise en charge existants)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |

✦ **Si la personne a été hospitalisé depuis moins de 6 mois :**

Dans quel service :

Pourquoi :

.....
.....

✦ **Allergies :** Oui Non

Si oui, lesquelles :

.....
.....

✦ **A-t-il bénéficié d'évaluations psychologiques :** Oui Non

Si oui, lesquelles (Tests, échelles cognitives, autres ...) :

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

Fait à :

Le :

Cachet & Signature du médecin