

\* Toutes les demandes d'admission sont à adresser à la :



**SOCIAL**

**A la structure concernée**

Date de réception : ...../...../.....

**Demande d'admission  
Fondation Bon Sauveur**

*Cocher la ou les demandes choisies*

- MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE « MAISON DES ROSEAUX »**  
Adresse: 18 Rue Saint-Bernard 22140 BEGARD  
Tél.: 02 96 45 38 70 Email : [smas@fondationbonsauveur.fr](mailto:smas@fondationbonsauveur.fr)
- FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « MAISON DES FONTAINES »**  
Adresse: Rue Saint Bernard 22140 BEGARD  
Tél.: 02 96 45 37 65 Email : [sfdt@fondationbonsauveur.fr](mailto:sfdt@fondationbonsauveur.fr)
- FOYER DE VIE « RESIDENCE HENRI TERRET »**  
Adresse : 10 bis rue des Fontaines 22290 Lanvollon  
Tél : 02 96 77 27 87 Email : [fdv.lanvollon@fondationbonsauveur.fr](mailto:fdv.lanvollon@fondationbonsauveur.fr)

**ACCUEIL DE JOUR**

**TEMPS COMPLET**

**ACCUEIL TEMPORAIRE**

## IDENTIFICATION

**Identité :**

Monsieur     Madame     Mademoiselle

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : ...../...../.....    A : .....

**Adresse actuelle :**

.....

CP : .....    Ville :

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....    Portable :

...../...../...../...../.....

**Si actuellement hospitalisé(e) :**

Nom et coordonnées du service :

.....

Nom du référent : ..... Tél. :

...../...../...../...../.....

**Demande présentée avec :**

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) :

.....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....    Fax : ...../...../...../...../.....

Mail : .....@.....

**DATE DE LA DEMANDE : ...../...../.....**

## Pièces administratives à transmettre

### Pièces à fournir impérativement :

- 1 photo d'identité récente
- Notification d'AAH et/ou pension d'invalidité
- Orientations de la CDAPH
- Jugement de mesure de protection
- Justificatif de domicile
- Copie de la Carte d'identité
- Attestation d'assuré social mise à jour
- Copie de la Carte de mutuelle
- Assurance individuelle – Responsabilité civile
- Notification de droit CAF ou MSA avec le numéro d'allocataire
- Notification Affection Longue Durée

## ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

### Protection sociale :

N° Sécurité Sociale : ..... N° CAF ou MSA :

.....

Centre d'affiliation CPAM OU MSA:

.....

Mutuelle : ..... Assurance :

.....

N° MDPH : .....

### NOTIFICATIONS EXISTANTES

	Type	Début	Fin	Commentaire
<input type="checkbox"/>	RQTH	...../...../.....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	AAH	...../...../.....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	PCH	...../...../.....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ACTP	...../...../.....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	CI	...../...../.....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ORIENTATION Structures	...../...../.....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ORIENTATION AUTRE	...../...../.....	...../...../.....	

**Personne de confiance :**

NOM : .....

Prénom :.....

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) :

.....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....

Fax :

...../...../...../...../.....

**Protection juridique :**

Mesure exercée par :  Famille  Organisme  Sans  En cours

ORGANISME :

.....

NOM du représentant : .....

Prénom :.....

Lien avec le demandeur (famille, proche...) :

.....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....

Fax :

...../...../...../...../.....

E-mail :

.....

- Type de mesure :
- Tutelle
  - Curatelle
  - Curatelle renforcée
  - MASP
  - MAJ
  - Sauvegarde de justice
  - Habilitation Familiale

## ALLOCATIONS ET REVENUS

	Type	Montant Revenu	Commentaire
<input type="checkbox"/>	<b>AAH</b> <input type="checkbox"/> taux plein <input type="checkbox"/> différentielle	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>Complément de ressource</b>	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>PCH</b>	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>ACTP</b> <input type="checkbox"/> à – de 80% <input type="checkbox"/> à 80%	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>Pension invalidité</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> catégorie <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> catégorie <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> catégorie	.....€	
<input type="checkbox"/>	Pension de retraite	.....€	
<input type="checkbox"/>	Allocation familiale	.....€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités chômage	.....€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalière	.....€	
<input type="checkbox"/>	APL	.....€	
<input type="checkbox"/>	Autre : .....	.....€	

**SUIVI MEDICAL ET MEDICO SOCIAL**

Médecin traitant :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....

Fax :

...../...../...../...../.....

Médecin psychiatre :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../.....

Fax :

...../...../...../...../.....

SUIVI Centre Médicaux Psychologique :

Nom du service :

.....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

.....

Nom des Référents :

.....

SUIVI Hôpital de Jour :

Nom du service :

.....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

.....

Nom des Référents :

.....

Infirmier(e) libéral(e) :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

.....

Autre intervenant (ex : Service d'auxiliaire de vie...)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse :

.....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax :

...../...../...../...../.....

Fréquence / jours de présence :

.....

## VIE SOCIALE

### Hébergement actuel :

Propriétaire     Locataire     Hébergé à titre gracieux     Hospitalisé

Autre : .....

Type d'hébergement :     Maison individuelle     Appartement

### Situation matrimoniale et mode de vie :

Célibataire vivant seul     Célibataire vivant chez ses parents     Vit  
maritalement

Marié(e)     Divorcé(e), séparé(e)     Veuf,  
veuve

Colocation     Autre : .....

### Nom et coordonnées du conjoint / des parents / Frères et sœurs ... :

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

### Enfant(s) :

Nom – Prénom : .....    Nom – Prénom :

.....

Age : ..... Scolarité : .....    Age : ..... Scolarité :

.....

Nom – Prénom : .....    Nom – Prénom :

.....

Age : ..... Scolarité : .....    Age : ..... Scolarité :

.....

### Si mesure éducative, Nom et coordonnées de l'éducateur :

.....  
.....





## FICHE AUTONOMIE

### Situations dans la vie quotidienne

Domaines	Activités	Fait Seul	à stimuler	Avec Aide	Ne fait pas
<b>mobilité</b>	Marcher à l'extérieur				
	Utiliser les transports				
	Avoir des activités de motricité fine				
	Se déplacer en fauteuil roulant				
	Autres appareillages (préciser)				
<b>Prendre soin de soi</b>	Se laver				
	S'habiller, se déshabiller				
	Prendre ses repas (boire, manger)				
	Prendre soin de sa santé : Prise de traitement				
<b>Communication</b>	Parler				
	Comprendre une consigne simple				
	Utiliser des appareils et techniques de communication				
	Interaction avec l'entourage				
	Maitrise l'écriture				
<b>Vie Courante</b>	Faire ses courses				
	Préparer un repas simple				
	Faire son ménage				
	Gérer son budget et démarches administratives				
	Alerter en cas de danger				
	S'orienter dans le temps et dans l'espace				



Points de vigilance que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance

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

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature** de la personne demandeuse :

## FICHE MEDICALE D'ADMISSION

**A remplir par le médecin traitant ou médecin du service – A joindre au dossier sous pli confidentiel**

### Etat civil

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Vit actuellement :

- Au domicile
- En famille
- A l'hôpital de ..... Service : .....
- Autres institutions médico-sociales

Si oui, préciser : .....

.....

Je soussigné(e) Docteur ..... Demeurant à .....

Déclare avoir examiné ce jour M. ou Mme .....

hospitalisé(e) à .....

Depuis le .....

domicile .....

.....

### Antécédents

- Personnels .....
- .....
- .....

- Familiaux .....
- .....
- .....

- Autres (collatéraux) .....
- .....

- Poids : ..... Taille : .....

- Allergie(s) : .....

### Diagnostic ou type de handicap

- Déficience mentale
- Autisme
- Handicap moteur
- Autres
- Polyhandicap
- Troubles du caractère et du comportement
- Handicap psychique

### Dépendance

- Manger  seul(e)  
 avec aide
- S'habiller  seul(e)  
 avec aide
- Se déplacer  seul(e)  
 avec canne  
 avec aide  
 en fauteuil roulant
- Faire sa toilette  seul(e)  
 avec aide
- Se lever/se coucher  seul(e)  
 avec aide
- Troubles sphinctériens  oui  non

Si oui, préciser.....

### Appareil cardio-vasculaire

(Insuffisance cardiaque, angor coronarien troubles du rythme, H.T.A, etc...)

.....

.....

.....

### Appareil digestif

- Gastrostomie  oui  non

.....

.....

### Appareil respiratoire

Etat de l'appareil respiratoire

.....

.....

## Appareil visuel

- Bonne acuité visuelle  oui  non
- Verres correcteurs  oui  non
- Autres.....
- Cataracte  oui  non  
Opéré  oui  non Quand ?.....
- Glaucome  oui  non  
Opéré  oui  non Quand ?.....

## Appareil auditif

- Surdité  oui  non
- Appareillage  oui  non

## Appareil génito urinaire

(femmes, hommes)

Antécédents.....

.....

Intervention chirurgicale.....

.....

### Femmes

- Règles  oui  non
- Contraception actuelle  oui  non

Si oui, laquelle ?.....

## Téguments

Escarres, ulcères etc... (situation, surface)

.....

.....

## Troubles neurologiques et locomoteurs

- Maladie neurologique évolutive  oui  non

Si oui, laquelle ?.....

.....

- Epilepsie  oui  non
- Si oui, stabilisée ?  oui  non

- Mouvements anormaux  oui  non
- Si oui, description.....

- Déficit moteur  oui  non
- Si oui, lequel ?.....
- Acquis
- Congénital

## Troubles psychiatriques

- Agressivité
- Hétéro-agressivité  oui  non
- Auto-agressivité  oui  non
- Troubles de l'humeur  oui  non

Si oui, préciser.....

- Antécédents suicidaires  oui  non
- Antécédents de colères clastiques  oui  non
- Troubles de la sociabilité  oui  non

Si oui, préciser.....

- Troubles du comportement sexuel  oui  non

Si oui, préciser.....

- Troubles du langage  oui  non

Si oui, préciser.....

- Sommeil  oui  non

Si mauvais, préciser.....

- Risques
- de fugues  oui  non
- d'errance  oui  non

- Possibilités de réadaptation et d'apprentissage (même minime).....



- Autres renseignements.....  
.....  
.....  
.....

**Autres pathologies**

- Diabète  oui  non  
Non insulino dépendant   
Insulino dépendant

**Traitements en cours**

- Médicaux (joindre la dernière ordonnance)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeute).....  
.....  
.....

Identification du médecin  
(cachet)

A..... Le.....  
Nom et signature du médecin