



ASSOCIATION L'ÉDUCATION PAR LE TRAVAIL
LAVAL ATGER - 48600 - SAINT BONNET LAVAL



Etablissement pour Personnes Handicapées Vieillissantes (Population adulte mixte 60 ans et plus en situation de handicap, 10 Places)

Route de St Alban – 48600 GRANDRIEU
Tél : 04 66 46 30 65 / Fax : 04 66 46 36 89 / E-mail : nostr.oustaou@aet48.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

NOM du CANDIDAT(E) :

Prénom :

NOM et Prénom de la personne chargée du Dossier :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse : (accueil temporaire – we et vacances)

N° de sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF :

Adresse de la CAF :

AAH : Du _____ au _____

Domicile de Secours : (qui identifiera le Conseil Général « payeur » de la partie aide sociale du séjour)
(Impérativement)

Aide Sociale

Carte d'Invalidité N° :

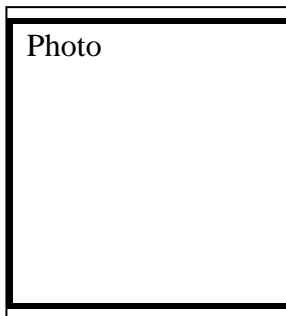
Dernière Décision de la CDAPH : Orientation de placement PHV :

- Date de la décision _____
- Validité : Du _____ au _____

Protection juridique :

- Nature :
- Adresse :

Personne à prévenir en cas d'urgence : (Nom Prénom – lien – téléphone)



Nom et Prénom du Père :

- Profession :
- Date de Naissance :
- Adresse :

- Téléphone fixe
- Téléphone portable
- Mail

Nom et Prénom de la Mère :

- Profession :
- Date de Naissance :
- Adresse :

- Téléphone fixe
- Téléphone portable
- Mail

Fratrie :

Nom et Prénoms	Date de Naissance

Lien familial actuel :

Proximité affective :

HISTOIRE PERSONNELLE DE LA PERSONNE

En complément avec les documents à joindre (Anamnèse et rapport de comportement).

A-t-elle reçue une formation professionnelle ? oui non
(si oui laquelle ?)

Placements éventuels :

▪ En établissements spécialisés oui non

Si oui, indiquer leurs noms, adresses et dates :

-

-

-

-

-

-

-

-

Hospitalisation en milieu psychiatrique :

▪ De jour oui non
▪ En internat oui non

Si oui précisez :

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Dans l'espace privé et/ou collectif

Pour se lever :	Seule	Avec surveillance	Avec aide
Pour la toilette :	Seule	Avec surveillance	Avec aide
Pour l'habillage:	Seule	Avec surveillance	Avec aide

Propreté acquise:

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| ▪ diurne : | oui | non |
| ▪ nocturne : | oui | non |

Si non laquelle : énurésie, encoprésie

Gestion du linge : (linge propre, linge sale, change)	Seule	Avec surveillance	Avec aide
Gérer son argent :	Seule	Avec surveillance	Avec aide

Précisez :

Se repérer dans :

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| ▪ les temps du quotidien : | oui | non |
| ▪ l'espace (connu) : | oui | non |
| ▪ l'espace extérieur : | oui | non |

Participer aux tâches quotidiennes : (ménage de sa chambre, mettre et desservir la table...)

Seule	Avec surveillance	Avec aide
-------	-------------------	-----------

Comportement alimentaire :

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| ▪ tendance à engloutir | oui | non |
| ▪ sujet aux fausses routes | oui | non |
| ▪ boulimique | oui | non |
| ▪ anorexique | oui | non |

Capacités physiques :

La personne peut-elle participer à une balade	oui	non
Participer à une randonnée :	oui	non
Monter les escaliers seule :	oui	non
Descendre les escaliers seule :	oui	non

Autonomie dans les déplacements :

La personne est-elle capable de se déplacer seule au sein de la structure :	oui	non
La personne est-elle capable de sortir seule :	oui	non
Peut-elle prendre le train seule :	oui	non

COMPORTEMENT SOCIAL

Relations aux autres :

La personne, parle-t-elle :

- couramment
- avec difficultés
- pas du tout

Son langage est-il compréhensible ?	oui	non
Est-elle capable de rapporter un élément vécu ?	oui	non
Participe-t-elle activement à la vie du groupe ?	oui	non

Intérêt pour l'autre :

- a-t-elle des liens d'amitié ?
- est-elle capable d'en créer ?

Respecte t-elle l'intimité physique des autres ?	oui	non
--	-----	-----

ACQUISITIONS de la PERSONNE

Scolarité :

- | | | |
|--|-----|-----|
| ▪ Lecture | oui | non |
| ▪ Ecriture | oui | non |
| ▪ Calcul | oui | non |
| ▪ Compréhension de la lecture | oui | non |
| ▪ Connaissance de l'heure | oui | non |
| ▪ La personne utilise-t-elle de l'argent ? | oui | non |
| ▪ Sait-elle le gérer seule ? | oui | non |
| ▪ Sait-elle le gérer avec une aide ? | oui | non |

Repères :

Dans le temps :

- | | | |
|--|-----|-----|
| ▪ Connaissance de sa date de naissance | oui | non |
| ▪ Connaissance du jour de sa fête | oui | non |
| ▪ Projection de visites, de week-ends, de vacances | oui | non |
| ▪ Souvenir de visites, de week-ends, de vacances | oui | non |

Dans l'espace :

- | | | |
|---|-----|-----|
| ▪ La personne fait-elle état d'autres lieux ? | oui | non |
|---|-----|-----|

Savoir-faire :

- | | | |
|---|-----|-----|
| ▪ La personne a-t-elle une habilité dans ses gestes ? | oui | non |
| ▪ A-t-elle appris certains gestes professionnels ? | oui | non |

Si oui, lesquels ?

CENTRES D'INTERET

Décor de la chambre :

Loisirs préférés :

Sports préférés pratiqués :

Goûts (musique, lecture...)

Manifestation des envies :

La personne a-t-elle des projets :

PARTIE MEDICALE

Renseignements médicaux, psychiatrique et psychologiques

A remplir par votre médecin traitant ou votre psychiatre, les feuillets, une fois complétés, sont à détacher et insérer sous pli confidentiel. Si le dossier est complété par un médecin généraliste, il doit être accompagné d'un compte rendu psychiatrique et psychologique.

ANTECEDENTS MEDICAUX

NEUROLOGIQUES :

AUTRES PATHOLOGIES :

ALLERGIES :

CONTRACEPTION :

VACCINATIONS :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Éléments biographiques et parcours psychiatrique

Etat psychiatrique actuel : détailler la gravité et la fréquence

- stable ou non

- troubles résiduels

- renseignement sur l'évolution

Traitement psychiatrique actuel (ou joindre dernière ordonnance)

Conduites addictives éventuelles :

- Tabac
- Alcool
- Café
- Drogue

Autres troubles des conduites (si oui lesquels) détailler la gravité et la fréquence.

- Fugue

- Sexuel

- Violence

- Alimentaire

Etat Psychologique (compte rendu)

Handicap mental

ATTESTATION

Je soussigné(e)

Adresse :

Agissant en tant que :

M'engage à accueillir à nouveau :

- NOM :
- Prénom :

Si au cours, ou à l'échéance de la période d'adaptation d'un mois renouvelable, il était constaté par l'E.P.H.V.

- Des manifestations avérées d'incompatibilité de
Mr – Mme – Melle
au regard du projet d'établissement
- Des actes graves dérogeant au Règlement de Fonctionnement

Fait à :

Le :

Signature

Autorisation pour l'Utilisation de l'Image du Majeur protégé

- A des fins d'accompagnement clinique et éducatif
- Intra établissements
- Intra professionnels

Je soussignémajeur protégé ou tuteur

autorise l'établissement PHV à utiliser l'image de

pour servir des objectifs institutionnels, sans atteinte de sa vie privée, et sans usage de ces images à des fins commerciales.

A.....

Le

Signature du Tuteur,

Signature du Résident

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- **Anamnèse**
- **Rapport de comportement**
- **Lettre de motivation du résident, si possible, sinon de son représentant**
- **1 photo d'identité page 1, + 4 à l'admission.**
- Extrait de l'acte de naissance.
- Carte d'Identité ou titre de Résidence en France.
- Carte d'Invalidité.
- Attestation d'Immatriculation à la CPAM ou à la MSA à jour.
- Carte Vitale actualisée.
- Carte mutuelle à jour.
- Jugement de tutelle.
- **Notification d'Allocation Adultes Handicapés.**
- **Notification de la CDAPH d'orientation en unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes**