



ASSOCIATION L'ÉDUCATION PAR LE TRAVAIL

LAVAL ATGER - 48600 - SAINT BONNET LAVAL



ABBÉ BASSIER
FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

F.A.M « ABBÉ BASSIER »

Foyer d'Accueil Médicalisé

(Population adulte mixte avec autisme ou psychose déficitaire
24 Places – Sensibilisation au travail adapté)

ASSOCIATION L'ÉDUCATION PAR LE TRAVAIL

Route de St Alban – 48600 GRANDRIEU

Tél : 04.66.69.25.60 / Fax : 04.66.69.25.61 / Courriel : fam@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 :

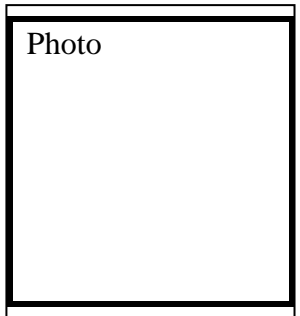
Prénom :

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 FAM :

- 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

Fratricie :

Nom et Prénoms	Date de Naissance

Lien familial actuel :

Proximité affective :

HISTOIRE PERSONNELLE DE LA PERSONNE

Y a-t-il eu retrait de la famille ? oui non

Pour quelles raisons, à quelles dates ?

A-t-elle été en famille d'accueil ? oui non
(si oui, précisez la durée, et si plusieurs)

A-t-elle suivi une scolarité ? oui non
(si oui de quel niveau ?)

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 : Seule Avec surveillance Avec aide
(linge propre, linge sale, change)

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 taches 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	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Participer à une randonnée :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers seule :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Descendre les escaliers seule :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Autonomie dans les déplacements :

La personne est-elle capable de se déplacer seule au sein de la structure :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
La personne est-elle capable de sortir seule :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Peut-elle prendre le train seule :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT SOCIAL

Conscience de soi:

La personne :

Parle t-elle d'elle :

- | | | | | |
|-----------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ▪ en tant que « Je » : | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ▪ à la troisième personne : | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Se reconnaît-elle dans un miroir ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

En situation de tension :

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ▪ peut-elle porter atteinte à ses biens : | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ▪ peut-elle porter atteinte aux biens collectifs : | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ▪ peut-elle porter atteinte à sa personne : | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Si oui précisé :

Conduites addictives :

- la personne fume-t-elle ? oui non
Si oui combien de cigarettes par jour ?
- fume-t-elle la nuit ? oui non
- consomme-t-elle du café ? oui non
- un accompagnement est-il nécessaire
par rapport à sa consommation ? oui non
- un protocole est-il mis en place
pour l'aider à gérer tabac et café ? oui non
- a-t-elle l'habitude de boire de l'alcool ? oui non

Comportements sexuels :

- la personne se projette-t-elle dans une
vie de couple ? oui non
- la question de la sexualité a-t-elle été
abordée avec elle ? oui non
- utilise-t-elle un moyen contraceptif ? 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

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 (Si épilepsie, joindre le dernier EEG). Préciser le suivi actuel.

AUTRES PATHOLOGIES :

ALLERGIES :

CONTRACEPTION :

VACCINATIONS :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Eléments biographiques et parcours psychiatrique

Diagnostic psychiatrique (CIM 10)

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 Psychologiques (compte rendu)

Handicap mental (si oui catégorie)

Si QI=

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 le F.A.M. :

- 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 de

Mon Enfant

Majeur Protégé

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

Je soussigné Parent, Tuteur

autorise le FAM « Abbé Bassier » à utiliser l'image de

Enfant,

Majeur Protégé,

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

A.....

Le

Signature du Parent, Tuteur,

Signature du Résident

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- **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 préconisant le placement en Foyer d'Accueil Médicalisé**