

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

155 Route de St Chely – 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 :

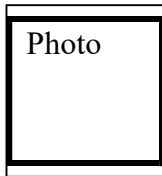
Adresse :

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 :

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 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

Conscience de soi:

La personne :

Parle t-elle d'elle :

- | | | |
|-----------------------------|-----|-----|
| ▪ en tant que « Je » : | oui | non |
| ▪ à la troisième personne : | oui | non |

Se reconnaît-elle dans un miroir ?	oui	non
------------------------------------	-----	-----

En situation de tension :

- | | | |
|--|-----|-----|
| ▪ peut-elle porter atteinte à ses biens : | oui | non |
| ▪ peut-elle porter atteinte aux biens collectifs : | oui | non |
| ▪ peut-elle porter atteinte à sa personne : | oui | non |

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 |

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 |

Si oui, lesquels ?

Dans l'espace :

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

Si oui, lesquels ?

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 (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=

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'Etablissement d'Accueil Médicalisé (FAM) Abbé Bassier, 155 Route de Saint-Chély 48600 Grandrieu, pour la réception et la gestion des demandes d'admission. Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement ou par un tiers.

Les données collectées sont communiquées aux destinataires suivants :

- Personnel de direction
- Chef de service
- Psychologue
- Psychiatre
- Infirmiers
- Equipe éducative à laquelle sera affectée la personne

Les données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de la finalité pour laquelle elles ont été collectées. Les données des candidats non retenus ne sont pas conservées et sont donc détruites à l'issue de la commission d'admission.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpo@a2lfs.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Cordialement
La direction

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 de stage, 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



Formulaire d'autorisation de droit à l'image

Dans le cadre des différentes manifestations et outils promotionnels de nos différents établissements, nos résidents peuvent être amenés à être photographiés, filmés.

Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voir diffusés (presse locale / Site de l'association / site Facebook de l'association). C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part une autorisation dans le cadre du « droit à l'image ».

Je soussigné(e),

Si majeur protégé :

Je soussigné(e),

Agissant en qualité de tuteur / Curateur de Mr/Mme:

Autorise l'établissement à diffuser mon image/ l'image du majeur protégé, dans un cadre strictement professionnel, au sein de la structure, sur son site internet, dans la presse locale, sur le compte Facebook de l'association.

N'autorise pas l'établissement à diffuser mon image/ l'image du majeur protégé.

Fait à GRANDRIEU, le

Signature

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
- **Copie du dernier rapport éducatif/synthèse**

IMPORTANT : Tout dossier incomplet ne sera pas étudié / Si des pièces citées ci-dessus venaient à manquer, merci de nous faire un courrier explicatif justifiant de leur absence.

La direction