

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

ESMS de l'Yonne

DOSSIER d'ADMISSION

INFORMATIONS IMPORTANTES

Après accord de l'ESMS, la personne qui souhaite confirmer son admission doit adresser ce dossier dûment complété et signé.

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire.

Ce dossier comprend :

Un volet administratif

Un volet santé à mettre sous pli confidentiel.

<p>Cadre réservé à l'ESMS</p> <p>Dossier reçu le :</p> <p>Complet : <input type="checkbox"/></p> <p>Incomplet : <input type="checkbox"/></p>	<p>Nom de famille (d'usage) :</p> <p>Nom de naissance :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Date de naissance : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>								

NOM : _____
 PRENOM : _____
 Date de naissance : _____

Entrée prévue le :

Semi-internat Internat

à temps complet à temps partiel

Pièces à fournir (photocopie)

	Document à fournir	Document joint
<input type="checkbox"/> Notification de la MDPH		
<input type="checkbox"/> Livret de famille		
<input type="checkbox"/> Extrait d'acte de naissance		
<input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (ancienne carte invalidité et stationnement)		
<input type="checkbox"/> Carte d'identité		
<input type="checkbox"/> Justificatif de l'Allocation Adulte Handicapé		
<input type="checkbox"/> Justificatif de l'aide au logement		
<input type="checkbox"/> Attestation de droits de la carte vitale		
<input type="checkbox"/> Attestation de carte de mutuelle		
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance, responsabilité civile, scolaire, extra-scolaire		
<input type="checkbox"/> Jugement de la mesure de protection majeur (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice,...)		

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

<input type="checkbox"/> Jugement de l'autorité parentale (droit)		
<input type="checkbox"/> Photo d'identité (nombre à préciser)		
<input type="checkbox"/> Justificatif de l'Allocation Education Enfant Handicapé		
<input type="checkbox"/> Autorisation de soins		
<input type="checkbox"/> Autorisation de Droit à l'image		
<input type="checkbox"/> Toutes les notifications		

VOLET ADMINISTRATIF

Etat civil de la personne accompagnée

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) : _____
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) : _____

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu de naissance : _____

Pays ou département : _____

Résidence/Domicile actuel

Type de domicile : _____

Famille d'accueil

N° voie, rue : _____

Code postal :

--	--	--	--	--

 Commune/ville : _____

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Téléphone fixe :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Téléphone portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse mail : _____

Situation familiale (secteur adulte)

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e)
Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d'enfant(s) : _____

Assurance

Responsabilité civile : oui non Scolaire, Extra-scolaire : oui non

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

Situation sociale de la personne accompagnée

Sécurité sociale

Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Etes-vous l'assuré(e) : oui non

Si non, à préciser :

Nom et Prénom de l'assuré(e) :

Adresse de l'assuré (e) :

Régime général :

Centre :

Numéro :

Adresse :

Régime particulier : C.M.U. oui non

Autres organismes prestataires

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Régime particulier

Nom de l'organisme :
Numéro :
Adresse :

Caisse d'Allocation Familiale

Caisse :
Numéro d'affiliation :
Adresse :
Allocations perçues :

Régime complémentaire (mutuelle)

Oui Non Demande en cours envisagée

Aspect financier :

Spécifique adulte

Comment la personne accompagnée pense-t-elle financer ses frais de séjours ?

Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement Envisagée Demandée Accordée Refusée

Allocation logement (APL/ALS) Envisagée Demandée Accordée Refusée

Pension d'invalidité Envisagée Demandée Accordée Refusée

Allocation d'Adulte Handicapé Envisagée Demandée Accordée Refusée

Spécifique enfance

Allocation d'Education Enfant Handicapé Envisagée Demandée Accordée Refusée

Mesure de protection

La personne accompagnée fait-elle l'objet d'une mesure de protection ? Oui Non En cours

Si oui, laquelle :

Mesures de protection adulte :

Mesure administrative

Mesure accompagnement
social personnalisé

Mesure judiciaire

Sauvegarde de justice Curatelle simple
Tutelle Curatelle renforcée
Habilitation familiale Mandat de protection future

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Mesure accompagnement judiciaire

Nom du mandataire :
Nom et Coordonnées du service (le cas échéant) :
Adresse :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail :@.....

Mesures de protection de l'enfance :

Mesure protection judiciaire
Mesure protection administrative

Nom et Coordonnées du service :
Nom du référent :
Adresse :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail :@.....

Lieu d'hébergement si placement:

Famille d'accueil :

Nom :
Adresse :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail :@.....

Etablissement :

Nom :
Adresse :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail :@.....

Commentaires

Parcours antérieurs

NOM : _____
 PRENOM : _____
 Date de naissance : _____

Nom et Type de la structure	Lieu	Période	Internat ou Externat

Etat civil des parents (spécifique aux établissements pour enfants et mineurs)

	Mère	Père
Nom de jeune fille		
Nom marital (d'usage)		
Prénom		
Date de naissance et lieu de naissance		
Profession		
Autorité parentale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse si différente de celle de votre enfant		

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

N° Tél. domicile																																																
N° Tél. portable																																																
N° Tél. professionnel																																																
Adresse mail																																																
N° Sécurité sociale	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
Nom de l'organisme sécurité sociale																																																
N° allocataire CAF																																																
Moyen de transport																																																
Jours de disponibilités	lundi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> samedi <input type="checkbox"/>	lundi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> samedi <input type="checkbox"/>																																														
Situation familiale	mariée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> pacsée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/>	marié <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/>																																														

FRATRIE

Nom Prénom	Date de naissance	Situation (scolaire/ professionnel)	Classe

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Personnes de confiance

La personne accompagnée a-t-elle désigné une personne de confiance? oui non

si oui, remplir ci-dessous :

Nom marital (d'usage)		Prénom	
Adresse			
N° Tél. domicile		N° Tél. portable	
Adresse mail			

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence (<i>2 personnes différentes</i>)		
Nom de famille		
Prénom		
N° Tél. domicile		
N° Tél. portable		
N° Tél. professionnel		

Cadre réservé à l'ESMS – les notifications MDPH

N° du dossier MDPH

--	--	--	--	--	--	--	--

Durée de validité de l'orientation : du _____ au

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Durée de validité de l'orientation : du

--	--	--	--	--	--	--	--

 au _____

Durée de validité de l'orientation : du

--	--	--	--	--	--	--	--

 au _____

Durée de validité de l'orientation : du

--	--	--	--	--	--	--	--

 au _____

Durée de validité de l'orientation : du

--	--	--	--	--	--	--	--

 au _____

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Carte mobilité inclusion (CMI)

Durée de validité : du _____ au _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Taux :% Numéro carte
d'invalidité :

La personne accompagnée

Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

Personne qui a renseigné le dossier

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

Volet santé (à mettre sous pli confidentiel)

Ce document peut être renseigné par un médecin ou par la personne accompagnée ou son représentant légal.

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Téléphone : _____

Mail :@.....

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Personne de confiance

La personne accompagnée a-t-elle désigné une personne de confiance médicale? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<u>si oui, remplir ci-dessous :</u>			
Nom marital (d'usage)		Prénom	
Adresse			
N° Tél. domicile		N° Tél. portable	
Adresse mail			

Antécédents médicaux (allergies, épilepsie...)

Existe-t-il un traitement médical en cours ? oui non
Si oui, joindre la copie de l'ordonnance

Restrictions médicales

Allergies connues : Oui Non
Si oui, précisez et joindre copie du justificatif

Alimentation

Risque de fausse route Oui Non
Si oui, précisez le type d'alimentation (mixé/mouliné/haché...)

Régime alimentaire Oui Non
Si oui, précisez

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Goûts et dégoûts alimentaires

Suivis spécifiques

Suivis médico-paramédicaux	Oui/Non	Coordonnées du praticien	Date du dernier rdv ou du prochain
Psychologie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Psychiatrie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Ergothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Kinésithérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Orthophonie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Psychomotricité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autres (<i>dentiste, gynécologie, infirmier libéral...</i>) : (précisez : nom et coordonnées)			

Vaccinations *Joindre copie du carnet de vaccinations*

Obligatoires :

DTPOLIO Oui Non En date du : _____ Rappel à faire le : _____

Préconisés :

BCG Oui Non En date du : _____

Date dernière cuti et résultat : _____

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

Pneumocoque Oui Non En date du : _____ Rappel à faire le : _____

Grippe Oui Non En date du : _____

Autres Oui Non Précisez : _____

Spécifiques :

Hépatite B Oui Non En date du : _____

Restrictions médicales connues :

Appareillages

Fauteuil roulant	Manuel <input type="checkbox"/> Electrique <input type="checkbox"/>	Alimentation par gastrostomie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Matelas anti escarres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Appareil respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déambulateur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pace maker	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Cannes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Lunettes de vue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Appareil auditif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Lentilles de vue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Appareil dentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Stomie digestive	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Trachéotomie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres (précisez)			

Quels sont vos besoins en santé ?

NOM : _____
PRENOM : _____
Date de naissance : _____

La personne accompagnée

Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

Personne qui a renseigné le dossier

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature
