

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## CONSTITUTION DU DOSSIER

**Partie I :** Renseignements administratifs

**Partie II :** Eléments personnels et historiques

**Partie III :** Fiche médicale (à remplir par un médecin)

**Partie IV :** Compte-rendu psychiatrique (à remplir par un médecin psychiatre)

**Partie V :** Souhaits et avis de la famille (ou demandeur) et de la personne concernée

**Partie VI :** Autorisations

### **Pièces à joindre au dossier :**

- photocopie de la carte d'assuré social et de mutuelle
- photocopie de la carte d'invalidité
- photocopie de la carte d'identité
- photocopie de l'ordonnance de tutelle (ou curatelle)
- photocopie des notifications de la COMMISSION DES DROITS (anciennement COTOREP)
- photocopie du carnet de santé
- photocopie des certificats de vaccination
- compte-rendu psychiatrique récent
- photocopie de tous les éléments de synthèses, comptes-rendus d'examens psychologiques, certificats médicaux...

**Nom et qualité de la personne ayant établi le dossier :** .....

**Placement sollicité par :** .....



L'Arche à Marseille  
59 avenue de Saint Just  
13013 Marseille  
accueil@arche-marseille.org  
04.91.42.07.71

## Partie I : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : .....

PRENOMS : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe : .....

Nationalité : .....

Y a-t-il une mesure de tutelle (ou curatelle) ?

Si oui, nom et adresse du tuteur (ou curateur) :

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

Résidence habituelle de l'intéressé (e)

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

De ses parents :

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

Numéro de téléphone et e-mail : .....

### **SECURITE SOCIALE :**

N° d'immatriculation : .....

Etes-vous l'assuré ? .....

Nom et adresse de l'assuré :

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

Adresse de la caisse d'affiliation :

.....  
.....

Régime : général autre (à préciser) : .....

Mutuelle :

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



L'Arche à Marseille  
59 avenue de Saint Just  
13013 Marseille  
accueil@arche-marseille.org  
04.91.42.07.71

**CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :**

N° d'affiliation : .....

Adresse de la caisse :

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

Allocations perçues : .....

**COMMISSION DES DROITS (anciennement COTOREP) :**

Dossier n° : .....

Adresse :

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

Orientation prononcée : ..... Date d'échéance : .....

Pourcentage d'invalidité reconnu : .....

**Carte d'invalidité :**

N° : .....

Date de délivrance : .....



## Partie II : ELEMENTS PERSONNELS ET HISTORIQUES

### Composition de la famille :

#### **Père :**

Nom et prénoms : .....

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

.....

Activité professionnelle : .....

#### **Mère :**

Nom de jeune fille et prénoms : .....

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

Activité professionnelle : .....

#### **Frères et sœurs :**

Noms, prénoms et dates de naissance :

.....

.....

.....

.....

Liste des établissements fréquentés (spécialisés ou non) jusqu'à la demande de placement : Noms et types d'établissements, périodes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### **Partie III : FICHE MEDICALE (à remplir par un médecin)**

Type de handicap ou de maladie : .....

Origine du handicap ou de la maladie : .....

Antécédents personnels :

Anomalies chromosomiques : .....

Affections congénitales : .....

Maladies infectieuses : .....

Maladies et affections ( asthme, souffle au cœur, épilepsie, hépatite, etc....) :  
.....  
.....

Interventions chirurgicales :  
.....  
.....

Allergies : .....

Antécédents familiaux : .....

Etat général :

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

Surveillance(s) particulière(s) : .....

Remarques : .....

Etat somatique :

Appétit : ..... Sommeil : .....

Acuité visuelle : ..... Audition : .....

Traitement : .....

.....  
.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....  
.....

Fait à ..... le ..... Signatures et cachet (indispensables)



## Partie IV : COMPTE-RENDU PSYCHIATRIQUE (à remplir par un médecin psychiatre)

### Examens psychologiques :

Nature, dates, observations

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

### Affectations psychiatriques (préciser la forme, l'évolution, les troubles associés éventuels...)

Pathologie du caractère :

.....  
.....

Troubles névrotiques :

.....  
.....

Troubles psychotiques :

.....  
.....

État déficitaire :

.....  
.....

Autres :

.....  
.....

Perspectives d'évolution du handicap :

.....  
.....

### Traitements :

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

### Degré d'autonomie :

Faut-il aider pour les actes ordinaires de la vie quotidienne ? (se lever, marcher, se coucher, s'habiller, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes...)

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



L'Arche à Marseille  
59 avenue de Saint Just  
13013 Marseille  
accueil@arche-marseille.org  
04.91.42.07.71

La station debout est-elle pénible ? .....

Y a-t-il besoin d'accompagnement lors des déplacements ? .....

Une surveillance constante (autre que médicale) est-elle nécessaire ? .....

Comportement :

Difficultés apparentes (troubles du comportement) :

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

Comportement en groupe :

.....  
.....

Relations avec les autres :

.....  
.....

Connaissances :

Lecture : .....

Ecriture : .....

Culture générale : .....

Activités appréciées :

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

Fait à ....., le .....

Signatures et cachet (indispensables)







L'Arche à Marseille  
59 avenue de Saint Just  
13013 Marseille  
accueil@arche-marseille.org  
04.91.42.07.71

## Partie VI : AUTORISATIONS

Je soussigné ....., agissant en qualité de  
.....sollicite le placement de ..... à l'Arche  
Marseille.

Fait à ....., le .....

Signature

---

Je soussigné ..... autorise le Directeur de l'Etablissement à prendre toute  
décision d'hospitalisation nécessaire en cas d'accident ou de maladie grave.

Fait à ....., le .....

Signature

---

Dossier à renvoyer à :  
**Commission d'admission**  
**L'Arche à Marseille**  
**59 avenue de Saint Just**  
**13013 Marseille**