



DOSSIER DE CANDIDATURE

Codification modèle :	MAR-2-F-040-01
Date création modèle :	12/10/2016
Date modification modèle:	22/11/2019
Rédacteur :	Coord. médico-psy VP
Vérificateur/Approbateur :	Directeur JFG

Destinataires : la personne accueillie et/ou son représentant légal / l'établissement

Dossier de candidature de

photo
d'identité

Prénom _____

NOM _____

Rédaction accompagnée par :

Prénom _____

NOM _____

Lien* avec la personne _____

* (Parents, éducateur, assistante sociale, etc.)

Le : / /

Demande :

- Admission en**
 - Foyer de vie
 - Centre d'Accueil de Jour
- Accueil temporaire**

Partie I : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : _____
Prénoms : _____
 M F Célibataire Marié Pacs Concubinage divorcé veuf
Date et lieu de naissance / / à _____

Nationalité :

Quelle mesure de tutelle (ou curatelle) ?

Nom et prénom et organisme chargé de la protection du majeur

.....
.....

Téléphone : / / / /

@-mail :

Résidence habituelle de l'intéressé(e)

.....
.....

Père :

Nom et prénoms :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Adresse :

.....

Activité professionnelle :

Portable : / / / /

@-mail :

Mère :

Nom (& nom de jeune fille) et prénoms :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Adresse :

.....

Activité professionnelle :

Portable : / / / /

@-mail :

SECURITE SOCIALE :

N° d'immatriculation : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Nom et adresse de l'assuré :

.....

Adresse de la caisse d'affiliation :

.....

Régime : général autre (à préciser) :

Mutuelle :

.....

.....

.....

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

N° d'affiliation :

Adresse de la caisse :

.....

Allocations perçues :

COMMISSION DES DROITS

Orientation MDPH : _____ valable jusqu'au : / /

N° CDAPH : _____ (N° dossier MDPH)

A.A.H. :
valable jusqu'au : / /

Carte d'Invalidité :
valable jusqu'au : / /

Partie II : ELEMENTS PERSONNELS ET HISTORIQUES

Composition de la famille :

Frères et soeurs :

Prénom _____

M F

Date de naissance : / /

Situation familiale : _____

Prénom _____

M F

Date de naissance : / /

Situation familiale : _____

Prénom _____

M F

Date de naissance : / /

Situation familiale : _____

Prénom _____

M F

Date de naissance : / /

Situation familiale : _____

Prénom _____

M F

Date de naissance : / /

Situation familiale : _____

PARCOURS

Des 1^{ers} jours à aujourd'hui, écoles, institutions, évènements familiaux...,

Merci de préciser les dates, noms et type d'établissements, périodes...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Partie IV : ELEMENTS MEDICAUX

Quel est mon handicap et son évolution ?

.....

.....

.....

Médecin traitant :	téléphone : / / / / Adresse : _____ _____
Psychiatre :	téléphone : / / / / Adresse : _____ _____
Dentiste :	téléphone : / / / / Adresse : _____ _____
..... :	téléphone : / / / / Adresse : _____ _____

PRESCRIPTION MEDICALE

A la date du : / /

Matin	Midi	Soir	coucher

Observation (ce qu'il est nécessaire et/ou important de savoir, ex. **allergie**) :

Taille : m Poids : kg Groupe sanguin :

Je suis un régime alimentaire ? Non Oui, lequel ?

EVENEMENTS MEDICAUX (hospitalisation, opérations, fractures, ... préciser les dates)

Comportements habituels



Mes relations : ce qui m'est facile



Mes relations : ce qui m'est difficile



Mes capacités, ce que je fais avec facilité, ce que j'aime bien faire, mes centres d'intérêt



Comment je me comporte dans un groupe



Ce qui me met en difficulté, ce que je fais avec difficulté, ce que je n'aime pas faire

actes	+	+/-	-	Observations
Je m'habille -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je me déshabille -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je mange -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je marche -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je me déplace -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide : laquelle ?		
Je me déplace avec un fauteuil roulant ?-----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Je vais aux toilettes -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Il faut me solliciter pour aller aux toilettes -----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je dors bien -----	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
J'ai bon appétit -----	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
J'aime m'isoler -----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je suis actif	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je m'oppose	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je suis émotif -----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je suis angoissé -----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je peux devenir agressif-----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je peux devenir violent-----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je lie facilement contact -----	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Je parle en faisant des phrases -----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Je dis quelques mots-----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je comprends des consignes simples-----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je parviens à me faire comprendre-----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je gère mon argent ? -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
J'écris ? -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Je compte ?	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Je connais les couleurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> quelques unes	<input type="checkbox"/> non	
Je lis ? -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Je lis l'heure ? -----	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Je me repère avec l'heure ?-----	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> quelques repères	<input type="checkbox"/> non	
Je nage ? -----	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Je manifeste des intérêts culturels, intellectuels (histoire, Égypte, actualité...) -----	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> non	
Je reste concentré sur une activité ?	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> non	
Je sais... (broder, tricoter, bricoler, monter à cheval...), préciser :	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je sais ou apprécie de...	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je sais ou apprécie de...	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		
Je sais ou apprécie de...	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide		