

	<b>DOSSIER DE CANDIDATURE</b>	Codification modèle :	MAR-2-F-040-01
		Date création modèle :	12/10/2016
		Date modification modèle :	
		Rédacteur :	Coordinatrice médico-psy CG
		Vérificateur/Approbateur :	Directeur SB
Destinataires : la personne accueillie et/ou son représentant légal			

### 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 et de l'autonomie des personnes handicapées
- 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 prénom de la personne concernée par la demande :** .....

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

**Placement sollicité par :** .....

## 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 / famille :

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

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 :

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

**CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :**

N° d'affiliation : .....

Adresse de la caisse : .....  
.....  
.....

Allocations perçues : .....

**Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées :**

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 soeurs :**

Noms, prénoms et dates de naissance :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Liste des établissements fréquentés (spécialisés ou non) jusqu'à la demande de placement : noms et type 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 coeur, 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...)

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

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)**

**Partie V : SOUHAITS ET AVIS DE LA FAMILLE ET DE LA PERSONNE CONCERNEE**

FAMILLE :

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

PERSONNE CONCERNEE :

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



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

**Partie VI : AUTORISATIONS**

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