



Dossier d'admission

Établi le __ / __ / ____

Cadre réservé à l'AFPAI		
Nom	Prénom	Service demandé

Viatrajectoire ☐ Ogirys ☐ tableau liste d'attente ☐ dossier complet ☐ scan du dossier ☐

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES

Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil

81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil

Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr

NOM :
Prénom :

Date de naissance :

__ / __ / ____

Lieu de naissance :

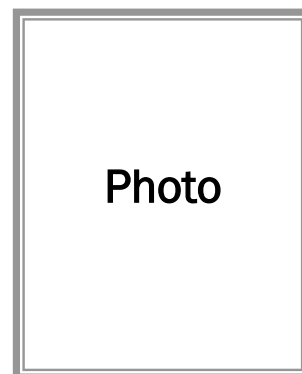
Nationalité :

Adresse actuelle :

Tél. personnel :

Mail :

 En recherche de logement : ☐ NON

☐ OUI → Partie annexe pièces à joindre (Habitat Inclusif)

Conjoint
Nom
Prénom
Né le __ / __ / ____ **à**

Profession :

 Ne peut exercer une profession : ☐

Adresse actuelle :

Tel :

Mail :

Enfants

Prénoms	Né(e) le	Adresse actuelle	à charge
			☐
			☐
			☐
			☐

Père**Nom** **Prénom** **Né le** __ / __ / ____ **à**

Profession :

Adresse actuelle :

Tel :

Mail :

Mère**Nom** **Prénom** **Née le** __ / __ / ____ **à**

Profession :

Adresse actuelle :

Tel :

Mail :

Situation des parents : ☐ mariés, ☐ divorcés, ☐ autre : _____**Fratrie****Prénoms** **Né(e) le** **Adresse actuelle**

Régime de protection

- ☐ Curatelle simple
- ☐ Curatelle renforcée
- ☐ Tutelle
- ☐ Gestion autonome
- ☐ Habilitation familiale
- ☐ Mesure d'accompagnement social et personnalisé
- ☐ Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

Nom et adresse du mandataire judiciaire :

Tél :

Mail :

Date du jugement :

Juridiction :

➤ **Autres personnes s'occupant de l'intéressé (e) :**

Famille :

.....
.....

Autres (ADS, Assistante sociale, autre SAVS, éducateur en libéral, CCAS...) :

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

➤ **Milieu où a vécu la personne jusqu'à ce jour :**

(Placement en famille d'accueil ? institution ? famille ?)

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

➤ Services d'accueil antérieurs

ENTRÉE	SORTIE	LIEUX

EN CAS D'URGENCE : Nom, adresse et téléphone des personnes à prévenir.

1^{re} personne :

2^e personne :

3^e personne :

➤ Parcours :

- Scolarisation : Education spécialisée (IME, ITEP...) ou en milieu ordinaire.....
 Dates : du au
 Niveau scolaire :

- Expériences professionnelles :

- Stages :
- Actions pour réinsertion :
- Formations :
- Niveau de compétences :
- Emplois :
 - ①
 - ②
 - ③
 - ④

- Joindre un CV (cf liste des pièces à fournir)

➤ Stages ESAT :

Etablissements	Activités	Période	Appréciation générale

- Soins : (Suivi spécialisé, Hôpital de jour, H.P., CATTP, traitement, informations médicales diverses) : **METTRE SOUS PLI FERME**

- Rééducation (psychomotricité, orthophonie) :

- Hospitalisation :

La demande d'admission est réalisée par :

- ☐ La famille
- ☐ La personne
- ☐ L'établissement
- ☐ La MDA ou la MDPH
- ☐ Un mandataire judiciaire
- ☐ Autres (préciser)

Quel est le projet de demande d'admission ?**Une admission vers :**

- ☐ Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
- ☐ L'Habitat Inclusif
- ☐ Le Foyer d'Accueil Médicalisé Guignesoleil (FAM)
- ☐ Le Foyer de vie Guignesoleil (FV)
- ☐ Le Foyer de Vie de Jour (FVJ)
- ☐ L'ESAT Les Cèdres :
 - ☐ Sous Traitance Industrielle
 - ☐ Laverie Bulles de Savon
 - ☐ Horticulture (Serre de Vente/ Serre de Production)
 - ☐ Espaces Verts
 - ☐ Lavage automobile

Toutes nos offres de services en détail sur : www.afpai.fr

Observations complémentaires – motivations de la demande :

Autres informations concernant le demandeur (habitudes alimentaires, loisirs...)

NOTIFICATION MDPH :

Permanent		Temporaire	
☐ RQTH	du __/__/____ au __/__/____	☐ RQTH	du __/__/____ au __/__/____
☐ Orientation ESAT	du __/__/____ au __/__/____	☐ Orientation ESAT	du __/__/____ au __/__/____
☐ Orientation SAVS	du __/__/____ au __/__/____	☐ Orientation SAVS	du __/__/____ au __/__/____
☐ Orientation FAM	du __/__/____ au __/__/____	☐ Orientation FAM	du __/__/____ au __/__/____
☐ Orientation FV	du __/__/____ au __/__/____	☐ Orientation FV	du __/__/____ au __/__/____
☐ Orientation FVJ	du __/__/____ au __/__/____	☐ Orientation FVJ	du __/__/____ au __/__/____
☐ AAH	du __/__/____ au __/__/____	☐ AAH	du __/__/____ au __/__/____
☐ PCH aide humaine	du __/__/____ au __/__/____	☐ PCH aide humaine	du __/__/____ au __/__/____
☐ PCH aide financière	du __/__/____ au __/__/____	☐ PCH aide financière	du __/__/____ au __/__/____

AIDE SOCIALE :

Du __/__/____ au __/__/____

Domicile de secours :

(département où la personne réside depuis plus de 3 mois hors ESMS)

Département financeur :

 Amendement CRETON : ☐
CARTE D'INVALIDITÉ :

Date de délivrance : __/__/____

Taux d'invalidité :

Validité : du __/__/____ au __/__/____

☐ Définitive

REGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE :

☐ CPAM

☐ MSA

N° SS : _____

MUTUELLE :

Organisme :

N° d'adhérent :

RESSOURCES et CHARGES :

Rente survie

☐ OUI

☐ NON

Rente A.T.

☐ OUI

☐ NON

Pension d'invalidité

☐ OUI

☐ NON

RESSOURCES/mois		CHARGES/mois	
AAH	€	Loyer	€
Salaires nets	€	Charges (électricité, eau, assurance...)	€
Prestations sociales et familiales (CAF...)	€	Crédit	€
Retraite	€	Mutuelle	€
Aides sociales	€	Forfait téléphonique, abonnements...	€
PCH (aide financière)	€	Pension alimentaire	€
Pension d'invalidité	€	Présence verte	€
Rentes diverses	€	Aide à domicile	€
Autres :	€	Autres :	€

Présentation de la personne :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	PAS DU TOUT	PEU	MOYENNE MENT	MAITRISE	NON OBSERVE
Hygiène, soins					
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	☐	☐	☐	☐	☐
Exprimer une demande de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son repos quotidien	☐	☐	☐	☐	☐
Prendre soin de son corps	☐	☐	☐	☐	☐
Se laver	☐	☐	☐	☐	☐
Se soigner	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser ses fonctions respiratoires	☐	☐	☐	☐	☐
Logement, vie quotidienne					
Entretenir son linge et ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
Faire le ménage	☐	☐	☐	☐	☐
Faire ses courses	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer la sécurité	☐	☐	☐	☐	☐
Mener les démarches administratives	☐	☐	☐	☐	☐
Vêtue, Habillage					
Acheter ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
Choisir ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
Entretenir et laver ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller	☐	☐	☐	☐	☐
Se déshabiller	☐	☐	☐	☐	☐
Repas					
Acheter son alimentation	☐	☐	☐	☐	☐
Choisir son repas	☐	☐	☐	☐	☐
Faire son repas	☐	☐	☐	☐	☐
Surveiller son régime alimentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser un couteau	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser une cuillère	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser une fourchette	☐	☐	☐	☐	☐
Corps, motricité					
Avoir des activités de motricité fine	☐	☐	☐	☐	☐

	PAS DU TOUT	PEU	MOYENNE MENT	MAITRISE	NON OBSERVE
Avoir une coordination bi manuelle	☐	☐	☐	☐	☐
Courir	☐	☐	☐	☐	☐
Faire ses transferts	☐	☐	☐	☐	☐
Marcher	☐	☐	☐	☐	☐
S'asseoir	☐	☐	☐	☐	☐
Se coucher	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur	☐	☐	☐	☐	☐
Se mettre debout	☐	☐	☐	☐	☐
Soulever et porter des objets	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser la préhension de la main	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les escaliers	☐	☐	☐	☐	☐
Acquis scolaires et Communication					
Acquérir un savoir-faire	☐	☐	☐	☐	☐
Appliquer un savoir-faire	☐	☐	☐	☐	☐
Calculer	☐	☐	☐	☐	☐
Communiquer avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Comprendre	☐	☐	☐	☐	☐
Compter	☐	☐	☐	☐	☐
Ecrire	☐	☐	☐	☐	☐
Entendre, localiser l'origine du son	☐	☐	☐	☐	☐
Lire	☐	☐	☐	☐	☐
Parler	☐	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans le temps	☐	☐	☐	☐	☐
Transport, Orientation					
Lire un plan	☐	☐	☐	☐	☐
Prendre les transports en commun	☐	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans l'espace	☐	☐	☐	☐	☐
Habileté manuelle					
peut tenir un crayon	☐	☐	☐	☐	☐
capable de tenir un objet fin	☐	☐	☐	☐	☐
capable de découper un papier (ciseaux)	☐	☐	☐	☐	☐
ne se sert pas de ses mains	☐	☐	☐	☐	☐
Argent					
Gérer son argent au quotidien	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son compte bancaire	☐	☐	☐	☐	☐
Dépenser	☐	☐	☐	☐	☐
Economiser	☐	☐	☐	☐	☐
Loisirs, Activités					
Avoir des activités récréatives	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à des activités de loisir, culturelles ou sportives	☐	☐	☐	☐	☐
Partir en vacances	☐	☐	☐	☐	☐
Centres d'intérêt					

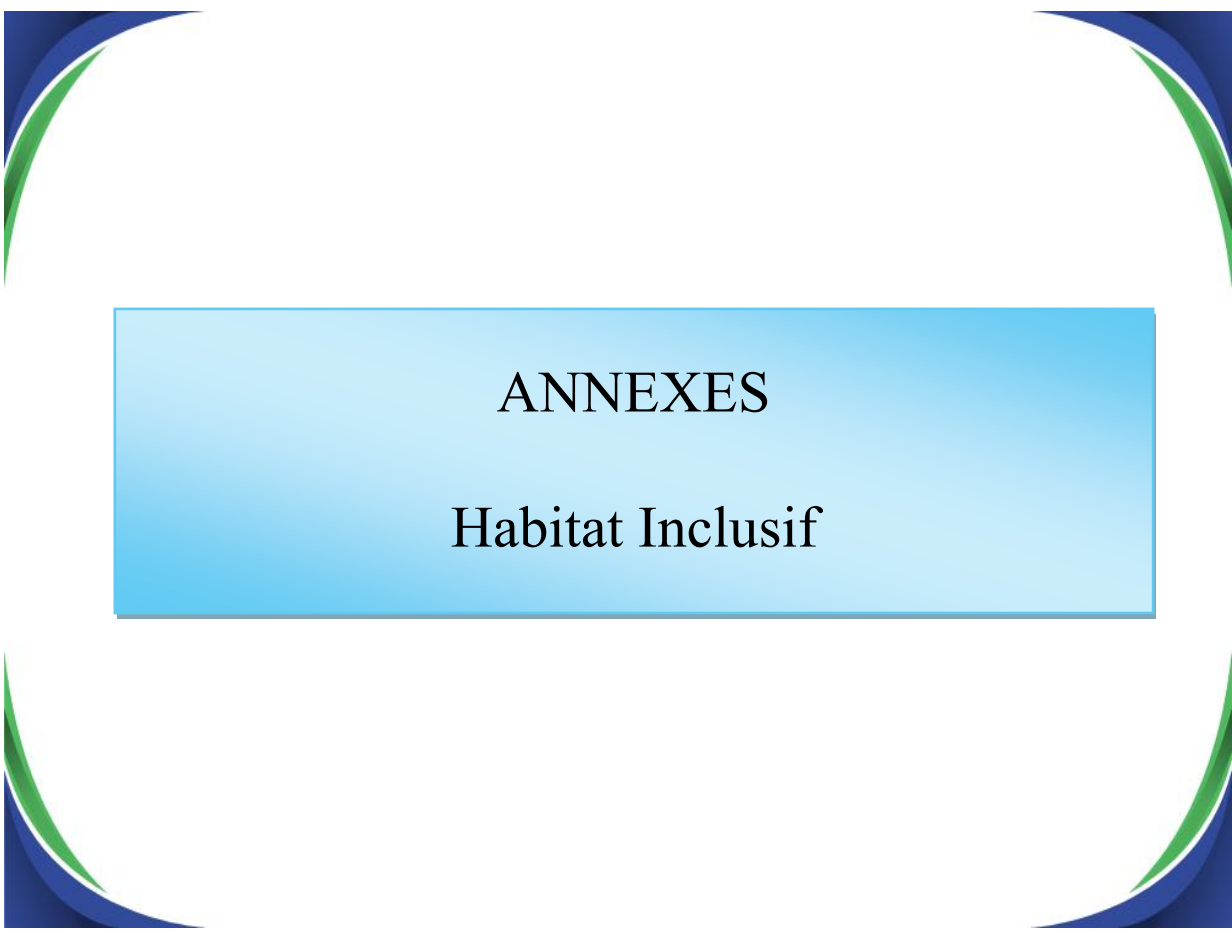
	PAS DU TOUT	PEU	MOYENNE MENT	MAITRISE	NON OBSERVE
Préciser :					
Relations avec la famille					
Avoir des relations avec sa famille	☐	☐	☐	☐	☐
Vie sociale, insertion					
Avoir des relations avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir des relations de voisinage	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à la vie locale	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à la vie sociale et civique	☐	☐	☐	☐	☐
Voter	☐	☐	☐	☐	☐
Vie affective et sexuelle					
Avoir des relations affectives et sexuelles	☐	☐	☐	☐	☐
Entretenir-évoluer	☐	☐	☐	☐	☐
Vie familiale					
Gérer sa vie de couple	☐	☐	☐	☐	☐
S'occuper de ses enfants	☐	☐	☐	☐	☐
Vie professionnelle					
Avoir les compétences professionnelles	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer un travail à temps partiel	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer un travail à temps plein	☐	☐	☐	☐	☐
Respecter les consignes	☐	☐	☐	☐	☐
Maturité, Comportement					
Adapter son comportement avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir un comportement adulte	☐	☐	☐	☐	☐
Exprimer son avis, ses opinions	☐	☐	☐	☐	☐
fugueur	☐	☐	☐	☐	☐
violence vers autrui	☐	☐	☐	☐	☐
violence sur soi, automutilation	☐	☐	☐	☐	☐
troubles de l'humeur	☐	☐	☐	☐	☐
diminution récente des compétences	☐	☐	☐	☐	☐
Préciser :					
Autres troubles du comportement pouvant limiter les capacités de la personne :					

☐ vit seul en autonomie
☐ vit seul et nécessite un accompagnement
☐ vit en collectivité en autonomie
☐ vit en collectivité et nécessite un accompagnement
 Dossier complété par :

Nom des participants	Fonction	Signature

PIECES À JOINDRE

	SAVS	Habitat inclusif	FAM	FV	FVJ	ESAT
☐ Copie de la carte d'identité	X	X	X	X	X	X
☐ Copie du livret de famille						X
☐ Copie de la carte d'invalidité	X	X	X	X	X	X
☐ CV (incluant parcours scolaire et professionnel)						X
☐ Copie du jugement si mesure de protection	X	X	X	X	X	X
☐ Copie de la carte Vitale et de son attestation papier			X	X		X
☐ Copie du carnet de santé (vaccinations)			X	X		X
☐ Copie des ordonnances actuelles (<u>sous pli fermé</u>)			X	X		
☐ Copie de la carte de Mutuelle			X	X		X
☐ Copie des notifications C.D.A.P.H. (RQTH, orientation ESAT, AAH...)	X	X	X	X	X	X
☐ Copie de la notification Aide Sociale	X	X	X	X	X	X
☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile		X	X	X		
☐ Comptes-rendus (éducatifs, psychologiques, médicaux si affection organique dont épilepsie) <u>sous pli fermé pour les éléments médicaux</u>	X	X	X	X	X	X
☐ Relevé d'identité bancaire ou postal	X	X	X	X	X	X

Four decorative corner elements, each consisting of a blue square with a green and white curved line, are positioned at the corners of the page, framing the central content.

ANNEXES

Habitat Inclusif

QUESTIONS DIVERSES

Habitat Inclusif

LOGEMENT ACTUEL

Type de logement :

Depuis quand ?

Difficultés rencontrées :

Raisons de la demande :

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Isolement ?

☐ OUI

☐ NON

Fréquence des contacts familiaux :

Réseau d'accompagnement ?

☐ OUI

☐ NON

☐ SAVS

☐ SAMSAH

☐ Aide à domicile

PROJET DE VIE ET MOTIVATION

Pourquoi souhaitez-vous intégrer un habitat inclusif ?

Etes-vous prêt à participer à des activités communes ?

☐ OUI

☐ NON

Avez-vous déjà vécu en colocation ?

☐ OUI

☐ NON

Comment gérez-vous les conflits ?

Nom et qualité de la personne qui remplit le questionnaire :

.....

Date : __ / __ / ____

Signature

ANNEXES

Foyer d'Accueil Médicalisé
Foyer de Vie

TROUSSEAU TYPE

RECOMMANDATIONS :

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES

Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil

81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil

Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr

www.afpai.fr

Le trousseau (liste ci-dessous) doit être apporté lors de l'admission.

Le linge doit être impérativement marqué avec étiquettes tissées et cousues au nom et prénom du résident.

Eviter les vêtements fragiles (laine, thermolactyl) ou assurer leur entretien.

LISTE :

- 10 tenues complètes (bas + haut) pour chaque saison
- 8 pyjamas ou chemises de nuit
- 2 robes de chambre
- 1 peignoir de bain
- 8 serviettes de toilette
- 8 draps de bain
- 10 gants de toilette
- 6 serviettes de table
- 10 slips ou culottes et 5 soutien-gorge
- 5 chemises de corps ou tee-shirts
- 10 paires de chaussettes ou socquettes
- Veste ou blouson d'été
- Manteau ou blouson d'hiver
- Bonnet, gants et écharpe
- Casquette ou chapeau d'été
- 3 parures de lit complètes (90 x 190 cm) : draps housses + draps plats ou housses de couette + taies d'oreillers
- Couverture ou couette
- Oreiller
- 1 paire de chaussons
- 1 paire de chaussures été + 1 paire de chaussures hiver
- Nécessaire de toilette complet (savon, gel douche, shampooing, peigne, brosse à cheveux, brosse à dents, dentifrice, coupe-ongles, thermomètre...)

DOSSIER MEDICAL
(A mettre sous pli fermé)

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

N° Sécurité Sociale / MSA : _____ / __

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES

Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil

81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil

Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr

www.afpai.fr

DOSSIER MEDICAL

(A mettre sous pli fermé)

NOM :

PRENOM :

Mutuelle :

Nom du médecin traitant :

Adresse MSSanté :

Adresse :

Tél. :

Diagnostic :

Hérédités parentales/familiales :

➤ Handicap :

- ☐ Déficience intellectuelle (TDI)
- ☐ Maladie génétique :
préciser
- ☐ Trouble du spectre de l'autisme
- ☐ Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyper activité
- ☐ Trouble développemental du langage / dysphasie
- ☐ Trouble spécifique des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe :
préciser.....)
- ☐ Handicap physique associé (motricité, vue, ouïe, ...) :
préciser.....
- ☐ Précautions particulières pour l'intégration en collectivité
- ☐ Autres
(préciser).....

TRAITEMENTS ACTUELS

Joindre la photocopie des dernières ordonnances (cf liste des pièces à fournir)

DATES DES DERNIERS VACCINS

Joindre les copies du carnet de santé ou du carnet de vaccination (cf liste des pièces à fournir)

DT polio

Hépatite B

__ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____	__ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____
BCG __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____	Test tuberculinique __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____
COVID 19 __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____	GRIPPE __ / __ / ____ __ / __ / ____ __ / __ / ____
La personne est-elle allergique ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, à quels produits : Quel genre de réactions :	
QUESTIONS DIVERSES	
Est-elle suivie régulièrement par un(e) Spécialiste ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, nom du Praticien : Adresse : Tél : CP/Ville : Motif(s) du suivi :	
Est-elle suivie régulièrement par : ☐ un(e) Kinésithérapeute ☐ un(e) Ergothérapeute ☐ un(e) Psychomotricien(ne) ☐ un(e) Infirmier(ière) ☐ autre (précisez) :	À quelle fréquence et pourquoi ?
A t-elle des troubles neurologiques ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?	
Est-elle épileptique ? ☐ OUI ☐ NON	

Si oui, type des crises ? Si oui, fréquence des crises ? Date de la dernière crise : __ / __ / ____ Y a-t-il des éléments déclencheurs ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :		
A-t-elle eu un EEG récemment ?	☐ OUI	☐ NON
A-t-elle eu un dosage des antiépileptiques ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, date et résultat : __ / __ / ____		
A-t-elle des problèmes cardiaques ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, lesquels ?		
Nom et adresse du médecin qui suit la personne:		
A-t-elle des problèmes uretro-génitaux ou rénaux ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui lesquels ?		
Nom et adresse du médecin qui suit la personne :		
Est-elle incontinente ?	☐ OUI	☐ NON
☐ Le jour	☐ la nuit	☐ de temps en temps
Porte-t-elle des changes ?	☐ OUI	☐ NON
A-t-elle des problèmes gastro-intestinaux ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, lesquels ?		
Nom et adresse du médecin qui suit la personne :		
A-t-elle un régime ?	☐ OUI	☐ NON
Si oui, lequel et pourquoi ?		
Qui l'a mis en place ?		
A-t-elle tendance à la constipation ?	☐ OUI	☐ NON
A-t-elle un traitement ?	☐ OUI	☐ NON

A-t-elle des problèmes pulmonaires ? Si oui, lesquels ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ OUI	☐ NON
GYNÉCOLOGIE :		
Est-elle réglée ? Sont-elles régulières ? Est-elle ménopausée ? Si oui, depuis quand ? __/__/____ A-t-elle un traitement hormonal ? Est-elle suivie régulièrement par un Gynécologue ? Si oui, pour quel motif ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ OUI ☐ OUI ☐ OUI ☐ OUI ☐ OUI ☐ OUI	☐ NON ☐ NON ☐ NON ☐ NON ☐ NON ☐ NON
A-t-elle déjà eu un frottis ? Si oui, date et résultat : __/__/____ A-t-elle déjà eu une mammographie ? Si oui, date et résultat : __/__/____	☐ OUI ☐ OUI	☐ NON ☐ NON
DENTS :		
Est-elle suivie par un Dentiste ? Les soins sont-ils possibles au cabinet ? Porte-t-elle un appareil dentaire ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ OUI ☐ OUI ☐ OUI	☐ NON ☐ NON ☐ NON
VUE :		
Est-elle suivie par un Ophtalmologiste ? Porte-elle des lunettes ? Si oui, quelles corrections ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ OUI ☐ OUI	☐ NON ☐ NON

OREILLES :Est-elle suivie par un **O.R.L.** ?☐ **OUI**☐ **NON**

Est-elle appareillée ?

☐ **OUI**☐ **NON**

Peut-elle aller à la piscine ?

☐ **OUI**☐ **NON**

Nom et adresse du médecin qui suit la personne :

APPAREIL LOCOMOTEUR :

A-t-elle des problèmes aux membres supérieurs ?

☐ **OUI**☐ **NON**

A-t-elle des problèmes aux membres inférieurs ?

☐ **OUI**☐ **NON****Avez-vous d'autres points à signaler ?**☐ **OUI**☐ **NON**Si oui, lesquels ?
.....
.....**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**➤ **Origine du handicap :**
.....➤ **Maladies :**
.....**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX**

Hospitalisations et interventions chirurgicales :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Nom et qualité de la personne qui remplit le questionnaire :

.....

Date : __ / __ / ____

Signature