

MAS-FOYER SAINTE-ANGELE
48100 CHIRAC
Tél. 04.66.32.70.21
Fax. 04.66.32.78.23

FOYER SAINTE-ANGELE
48600 SERVERETTE
Tél. 04.66.48.30.56
Fax. 04.66.48.40.20

DOSSIER DE CANDIDATURE

NOM

.....

Prénom

.....

NOM de la personne qui a rempli le questionnaire (*impérativement*)

.....

Qualité

.....

Adresse

.....

Tél.

.....



Photo d'identité

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**NOM** :**Prénom** :**Date et lieu de naissance** :**Nationalité** :**Situation familiale** :**Domicile** :**Ce domicile est-il reconnu comme domicile de secours :** **OUI (*)** **NON(*)****Si NON, indication précise du domicile de secours :**

.....

Caisse d'Assurance Maladie :**Mutuelle****Nom du Représentant Légal ou Tuteur** :**Adresse** **Personne à joindre en cas d'urgence** :**Adresse** **Orientation COTOREP** : **Date Décision** :**A. A. H** : **OUI (*)** **NON(*)****Pour les candidats du secteur psychiatrique, joindre le certificat médical du service s'engageant à reprendre le candidat en cas d'échec du placement.**(*) raier la mention inutile

DOSSIER FAMILIAL

PERE

NOM – PRENOM :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

..... ☎

MERE

NOM – PRENOM :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

..... ☎

FRATRIE

(Adresse et numéro de téléphone éventuellement)

▪

▪

▪

▪ ☎

AUTRES PERSONNES

(Indiquer le lien de parenté éventuel)

▪

▪

FREQUENCES ET QUALITES DES RELATIONS :

Courriers :

Séjours :

Visites :

Téléphones :

SOUHAIT DE LA FAMILLE SUR LE PLACEMENT :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

DERNIERE SYNTHESE

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (copies)

- ☐ Carte vitale et attestation
- ☐ Carte d'invalidité et carte d'identité
- ☐ Extrait de naissance
- ☐ Jugement de tutelle ou de curatelle
- ☐ Carte de Mutuelle
- ☐ Notification de pension - A.A.H. retraite – rente – autres..
- ☐ Notification COTOREP - Placement -
- ☐ Notification COTOREP A.A.H. –
- ☐ Notification COTOREP carte d'invalidité
- ☐ Prise en charge aide sociale
- ☐ Quatre photos d'identité

DOCUMENTS MEDICAUX

- ☐ Bilan actualisé avec l'ordonnance du traitement en cours
- ☐ Bilan sanguin
- ☐ Certificat de vaccination
- ☐ Rapport psychiatrique et (ou) psychologique

DIFFICULTES (sociales, scolaires , professionnelles, familiales, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUATIONS ET PROBLEMES ACTUELS

.....

.....

.....

.....

.....

SOUHAITS DU CANDIDAT SUR SON ORIENTATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE

L'intéressé(e) peut-il (elle) sortir seul(e) ?	OUI	NON
 accompagné(e) ?	OUI	NON
Marche t-il(elle) facilement?	OUI	NON
Quelle distance peut-il (elle) parcourir)?		
Peut-il(elle) utiliser seul(e) les escaliers ?	OUI	NON
La propreté diurne est-elle acquise ?	OUI	NON
La propreté nocturne est-elle acquise ?	OUI	NON

Autonomie pour les actes suivants de la vie courante :

Toilette	OUI	NON
Habillage	OUI	NON
Repas	OUI	NON
Lever et coucher	OUI	NON
Se débrouille seul(e)	OUI	NON
Doit être surveillé(e)	OUI	NON
Doit être aidé(e)	OUI	NON
Doit être totalement assisté(e)	OUI	NON

A t-il(elle) la notion de l'argent?	OUI	NON	PARTIELLEMENT
Sait-il(elle) le gérer :			
Seul(e)	OUI	NON	
Avec une aide	OUI	NON	
Pas du tout	OUI	NON	
Fait-il(elle) son ménage ?	OUI	NON	PARTIELLEMENT
Participe-il(elle) aux tâches collectives ?	OUI	NON	PARTIELLEMENT

Niveau scolaire

Sait-il (elle)		lire	OUI	NON
		compter	OUI	NON
		écrire	OUI	NON
Connaît-il (elle) l'heure ?			OUI	NON

Comportement

A t-il (elle) des problèmes d'alcoolisme : ☞ chroniques ☞ ponctuels	OUI OUI OUI	NON NON NON
<u>Si OUI</u>, comment se manifestent-ils ? 		
A-il (elle) des comportements violents	OUI	NON

Observations éventuelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RUBRIQUE LOISIRS

L'intéressé(e) peut-il (elle) circuler - seul(e) ?	OUI	NON
	OUI	NON
- en train ?		
Sait-il (elle) s'orienter seul(e) (en ville, sorties) ?	OUI	NON
L'encadrement éducatif doit-il être :		
- permanent	OUI	NON
- à la demande	OUI	NON
A t-il (elle) l'expérience d'une vie en communauté mixte ?	OUI	NON

CULTE PRATIQUE :

.....

SES LOISIRS PREFERES :

.....

.....

.....

.....

DOSSIER MEDICAL (1)

TAILLE :

POIDS :

Le (la) candidat(e) présente-il (elle) des troubles neurologiques ? ☞ Troubles de l'équilibre ☞ Troubles moteurs ☞ Troubles de la vue ☞ Trouble de l'audition	OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON
<u>Si OUI</u>, est-il (elle) appareillé(e) ?	OUI	NON
A t-il (elle) des crises d'épilepsie ? Type de crise : Fréquence des crises Traitement :	OUI	NON
HANDICAP PHYSIQUE ?	OUI	NON
PROTHESE	OUI	NON
TABAGISME Nocturne (*) Diurne (*) <i>(*) barrer mention inutile</i>	OUI	NON
Présente-il(elle) une maladie chronique Si oui, laquelle : Traitement préconisé :	OUI	NON
INTERVENTIONS CHIRURGICALES 	DATES 	

DOSSIER MEDICAL (2)

L'intéressé(e) a-t-il (elle) eu un bilan biologique récent :

Si oui, est-il normal ?

Présente t-il des anomalies ?

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Date des vaccinations :

☐

☐

☐

☐

☐

NATURE D'HANDICAP

Diagnostic évoqué :

Existe t-il un retard mental ?

(Rayer la mention inutile)

OUI

NON

Si oui, quelle est la classification de la déficience intellectuelle ?

☐ Légère

☐ Moyenne

☐ Profonde

Indiquer éventuellement le Q.I. :

DOSSIER MEDICAL (3)

COMMUNICATION

L'intéressé(e) parle t-il (elle) ?

- ☐ Couramment
- ☐ Avec difficulté
- ☐ Pas du tout

PARTICULARITE

- ☐ Agressions subies
- ☐ Exhibitionnisme
- ☐ Fugues
- ☐ Vols

GYNECOLOGIE

L'intéressée a t-elle une contraception en cours ?

Si oui, laquelle :

La question a t-elle été abordée avec elle ?

Y a t-il une contre-indication médicale à une contraception ?

PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES EVENTUELLES :

.....

.....

.....

HISTORIQUE DE LA MALADIE

DATES DU DEBUT DES TROUBLES ET NATURE :

.....

.....

EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE* (troubles présentés) (hospitalisation, dates et lieux)

.....

.....

.....

.....

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL (certificat médical à joindre impérativement)

.....

.....

.....

TRAITEMENT EN COURS

.....

.....

.....

.....

(*) si possible, évolution de ce traitement au cours des 3 dernières années

DIVERS PLACEMENTS

Y a t-il eu des précédentes tentatives de placements ?

C. A. T.

OUI

NON

FOYER OCCUPATIONNEL

OUI

NON

AUTRES

OUI

NON

ATTESTATION

(à remplir obligatoirement)

Je soussigné (e)

agissant en qualité de (*) père, mère, frère, sœur, tuteur, chef de service d'hôpital ou d'établissement médico-éducatif,

certifie être d'accord pour reprendre :

Monsieur, Madame, Mademoiselle (*)

dans le cas où son placement au Mas-Foyer Sainte-Angèle ne s'avèrerait pas concluant .

Fait à

Le

Signature

(*) rayer la mention inutile