

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION ACCUEIL TEMPORAIRE

LA MAISON DE RÉPIT « Belle étoile »



Cadre réservé à l'établissement

DATE DE LA DEMANDE :/...../20.....

ORIGINE DE LA DEMANDE :

DATE DE LA PREMIÈRE RENCONTRE :/...../20.....

DATE DE LA PREMIÈRE ENTRÉE :/...../20.....

Sauf dans le cas de séjour dans l'immédiateté, l'admission sera effective sous réserve de la fourniture et/ou signature et/ou renseignement de toutes les pièces indiquées ci-dessous :



Volet administratif

Document remis	Type de document	Document retourné (complété/signé)	Date
	Volet administratif du dossier d'admission		
	Photocopie d'une pièce d'identité (parent (s) et éventuellement enfant)		
	Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile		
	Photocopie du jugement de divorce		
	Photocopie du jugement rendu dans le cas d'une mesure de protection		
	Photocopie de la dernière notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour de l'accueil temporaire		
	Livret d'accueil de La maison de répit		
	Contrat de séjour		
	Règlement de fonctionnement		
	Formulaire de droit à l'image		



Volet vie quotidienne

Document remis	Type de document	Document retourné (complété/signé)	Date
	Les habitudes de vie		



Volet projet individualisé du séjour

Document remis	Type de document	Document retourné (complété/signé)	Date
	Projet individualisé du séjour		

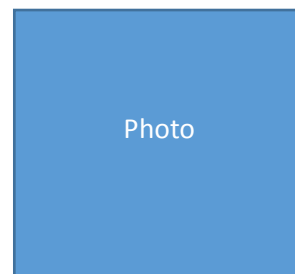


Volet médical

Document remis	Type de document	Document retourné (complété/signé)	Date
	Volet médical du dossier d'admission		
	Diagnostic de l'autisme		
	Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de mutuelle		
	Ordonnance des médicaments dactylographiée ou lisible par tous, valable durant le séjour avec l'indication du médecin « <i>médicaments de la vie quotidienne ne nécessitant aucune compétence particulière pour être administrés</i> » NB : L'enfant arrivera avec son traitement pour la durée du séjour. Le nom et prénom de l'enfant et la posologie sera indiqué au feutre sur chaque boîte de médicament		
	Autorisation de délivrer du doliprane, smecta, en cas de fièvre et douleur		
	Protocole de conduites à tenir en cas d'allergie, d'asthme, diabétique ou de crises d'épilepsie		
	Comptes rendus médicaux (facultatifs)		

N° Sécurité sociale/...../...../...../...../...../.....
Code gestion
Nom et adresse de la caisse d'affiliation
N° dossier MDPH
Département
Date notification AT	Date de début :/...../..... Date de fin :/...../.....
Autres aides	

Volet administratif



ENFANT/ JEUNE ADULTE

Nom Prénom :

Date & Lieu de naissance : soit : ans

Pathologie/ Handicap :

.....

.....

REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom Prénom :

Adresse :

CP – VILLE :

N° TÉL Fixe : Portable :

Email :

Qualité ou lien de parenté :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Concubinage

FRATRIE :

Nom prénom âge :

.....

PROVENANCE / ÉTABLISSEMENT

Nom de l'organisme :

Adresse :

CP – VILLE :

Nom du référent : Fonction :

N° TÉL : Email :

MÉDECIN TRAITANT :

Nom:

N° TÉL :

COORDONNÉES DES PERSONNES RESSOURCES À CONTACTER PAR ORDRE DE PRIORITÉ :

Lien de parenté	Nom et prénom	Téléphone(s)
1		
2		
3		

MESURE DE PROTECTION (Tutelle, curatelle)

- Oui Non En cours
- Tutelle administrative Tutelle familiale Curatelle simple
- Curatelle renforcée Sauvegarde de justice Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)

Nom de l'organisme :

Adresse :

CP – VILLE :

Nom du tuteur ou curateur :

N° TÉL : Email :

MODE DE TRANSPORT

.....

.....

.....

AUTRES PARTENAIRES À CONTACTER

Organisme	Noms et prénoms	Téléphones et mails

Volet vie quotidienne

MES CAPACITÉS

MA COMMUNICATION

Je parle clairement

J'ai quelques difficultés pour parler

Je ne parle pas

Si outil(s) de communication pour m'aider, le(s)quel(s) :

MA MOTRICITÉ

Je me déplace bien, sans difficulté

Je me déplace avec aide technique (fauteuil, ...) ou tierce personne

MES CAPACITÉS SENSORIELLES

J'ai une difficulté visuelle

J'ai une difficulté auditive

J'ai un appareillage. Lequel...

MON RYTHME DE VIE (à décaler plus loin)

Ma journée type :

MON BIEN ÊTRE ET MES PEURS

Ce qui me procure du bien-être (musique, mot à prononcer...) :

J'ai peur de :

MES GOÛTS ET HABITUDES

MES REPAS :

J'aime

Je n'aime pas

Je mange seul

J'ai besoin d'un peu d'aide

J'ai besoin d'aide pour manger : humain..... et technique.....

Je prends un repas normal en petits morceaux mixés

Je mange les aliments séparés oui non

Je prends ma boisson Liquide Epaissie Gélifiée

Mon appétit est normal faible insatiable variable

J'ai des allergies

J'ai un régime particulier

Mes habitudes alimentaires

Matin	
Midi	
Goûter	
Soir	

MA TOILETTE

Je préfère la douche le bain toilette au lavabo

Quand ? matin, soir, les deux

Je peux faire ma toilette seul

Je peux faire la toilette avec de l'aide. Pour quelle partie du corps

Je peux m'habiller et me déshabiller seul

Je peux m'habiller et me déshabiller avec aide. Comment

Je peux me brosser les dents seul ou avec aide

MON SOMMEIL

Je me lève à

Rituel particulier

Je me couche à

Rituel particulier

Comment me rassurer si besoin la nuit

Je fais la sieste oui non

Je suis bon dormeur Dormeur Petit dormeur Troubles du sommeil

MA PROPETE

Propre dans la nuit Propre jour

Protection : oui non

MES ACTIVITÉS

J'aime faire en intérieur

Je n'aime pas faire en intérieur

J'aime faire en extérieur

Je n'aime pas faire en extérieur

MON COMPORTEMENT

Avec les autres individuellement, je suis plutôt :.....

Avec les autres en groupe, je suis plutôt :.....

Mon comportement en sorties

Mon comportement en véhicule

Mon comportement dans l'eau

Mes habitudes et/ou troubles du comportement :

AUTRES INFORMATIONS (objet transitionnel,...)

Volet projet individualisé du séjour

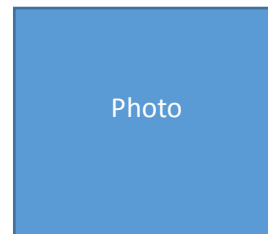
DATE DU SÉJOUR

CONTEXTE DE LA DEMANDE DU SÉJOUR

PROJET INDIVIDUALISÉ DÉFINI DANS L'INSTITUTION D'ORIGINE

AVEZ-VOUS DES ATTENTES DE CE SÉJOUR

Volet médical



ENFANT/ JEUNE ADULTE

Nom Prénom :

Date de naissance : soit : ans

Poids :

Taille :

Menstruation oui non

Moyen de contraception

REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom Prénom :

Adresse :

CP – VILLE :

N° TÉL Fixe : Portable :

Email :

Qualité ou lien de parenté :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e)

Veuf(ve) Séparé(e) Concubinage

PROVENANCE / ÉTABLISSEMENT

Nom de l'organisme :

Adresse :

CP – VILLE :

Nom du référent : Fonction :

N° TÉL : Email :

MÉDECIN TRAITANT :

Nom:.....

Adresse

N° TÉL :

MÉDECIN SPÉCIALISTE :

Nom:.....

Adresse

N° TÉL :

Nom:.....

Adresse

N° TÉL :

PHARMACIE :

Nom:.....

Adresse

N° TÉL :

DIAGNOSTIC :

.....

.....

APPAREILLAGE ÉVENTUEL :

.....

.....

ALLERGIE CONNUE :

CONTRE INDICATION MÉDICALE :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX (dates) :

INTERVENTIONS DE LIBÉRAUX :

DATES DES DERNIERS VACCINS :

DTP

Pneumocoque

Hépatite B

Autres

ALIMENTATION/ HYDRATATION

Régime spécifique Lequel

Trouble du comportement

Risques de fausses routes

Transit, élimination (continence, diarrhée, gêne pour uriner,..)

TROUBLES DU SOMMEIL

Troubles du sommeil

Humeur habituelle/comportement

TRAITEMENT

Joindre au dossier l'original de l'ordonnance dactylographiée ou avec une écriture lisible pour chaque séjour

A..... le

Signature du médecin

Cachet obligatoire