



FOYERS CAJ SAVS

Etablissement de Service Public  
d'ACcompagnement Educatif et Social

# DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

M. (Mme) .....

Pièces à fournir :

- Notification de la Maison Départementale de l'Autonomie
- Dernière synthèse ou bilan de l'établissement d'origine
- Bilan médical

STRUCTURE DEMANDEE :

FOYER DE VIE	
FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE	
CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR	

## RESIDENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Nationalité : .....

## FAMILLE

Nom/Prénom du père : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Nom/Prénom de la mère : .....

Adresse : (si différente) .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

FRATERIE :

Nom	Prénom	Date de naissance

## SITUATION ACTUELLE

IME/SIPFP : .....

Famille : .....

Famille d'Accueil : .....

Centre hospitalier : .....

## SITUATION ANTERIEURE

Nom des établissement fréquentés : .....

Autres : .....

## MESURE DE PROTECTION

Type de mesure : Tutelle  Curatelle  Sans mesure de protection

Lien de parenté éventuel : .....

Nom du représentant légal /Organisme : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Mail : .....



## COMMUNICATION -EXPRESSION

Se fait-il comprendre	- Verbalement	OUI NON
	- Par le geste	OUI NON
	- Par le pictogramme	OUI NON
	- par la synthèse vocale	OUI NON
Connaît-il son nom		OUI NON

### Lire

Sait-il lire	OUI NON un peu
Aime-t-il lire	OUI NON
Aime-t-il regarder les images	OUI NON

### Ecrire

Sait-il écrire	OUI NON un peu
----------------	----------------

### Loisirs

A-t-il l'habitude de sortir	OUI NON
Sort-il seul	OUI NON

Quels sont ses centres d'intérêts .....

.....

.....

A-t-il des activités	OUI NON
----------------------	---------

Lesquelles : .....

.....

Sait-il gérer son argent	OUI NON
--------------------------	---------

Si oui, combien, comment : .....



FOYERS CAJ SAVS

## DOSSIER MEDICAL

Nom : .....

Prénom : .....

Née le : .....

### ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE ET/OU DU HANDICAP

- 
- 
- 

### DIAGNOSTIC ETHIOLOGIQUE :

- 
- 
- 
- 

### TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Troubles psychotiques                      OUI    NON

Troubles névrotiques                        OUI    NON

Démence                                        OUI    NON

Autres (s)                                        OUI    NON

## TROUBLES DU COMPORTEMENT

Hétéro agressivité :

Auto agressivité :

Agitation :

Inhibition :

## TROUBLES DES CONDUITES

Alimentaire	Boulimie	OUI	NON
	Anorexie	OUI	NON
	Autre(s)		

## TROUBLE DE L'HUMEUR

Dépression	OUI	NON
Manie	OUI	NON
Hypomanie	OUI	NON

## TROUBLES DU LANGUAGE OU DE LA PAROLE

- .....
- .....

## TROUBLES DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET COGNITIVE

Niveau	Léger	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>
	Profond	<input type="checkbox"/>
Mode	Harmonique	<input type="checkbox"/>
	Dysharmonique	<input type="checkbox"/>

## DEFICIENCE MOTRICE

OUI                  NON

Si oui préciser :...

## TROUBLES NEUROLOGIQUES

Epilepsie                  OUI                  NON

Préciser : .....

Autres : .....

