DOSSIER DE CANDIDATURE

☐ Foyer de Vie - Internat ☐ Foyer de Vie - Externat ☐ Foyer de Vie - Stage
☐ Foyer d'Accueil Médicalisé ☐ Foyer d'Accueil Médicalisé - Accueil Temporaire

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Age : .....

Pièces Administratives

- ☐ Notification MDPH
- ☐ Notification A.A.H
- ☐ Numéro d'allocataire CAF
- ☐ Notification d'aide sociale
- ☐ Carte d'invalidité
- ☐ Jugement de tutelle
- ☐ Carte Nationale d'Identité ou Titre de séjour en cours de validité
- ☐ Carte mutuelle + Attestation Sécurité Sociale + Carte Vitale
- ☐ Dernier rapport éducatif ou projet personnalisé adressé par l'Établissement de provenance

Pièces Médicales

(Fournies par le médecin et à remettre sous pli confidentiel)

- ☐ Copie du carnet de santé
- ☐ Ordonnances de traitements en cours
- ☐ Précisions si allergies ou régimes alimentaires
- ☐ Rapport médical fourni par le médecin traitant *(pathologie, antécédents médicaux et chirurgicaux)*
- ☐ Rapport médical fourni par le médecin psychiatre *(diagnostic principal, pathologie(s) associée(s))*
- ☐ Rapport médical fourni par le(s) médecin(s) spécialiste(s) *(diagnostic principal et antécédents)*

En l'absence de l'une des pièces demandées, le dossier ne pourra pas être instruit.

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier : ……/……/…… Date d'étude du dossier : ……/……/……

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

FOYER DE VIE / FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- **Le candidat**

Nom ..... Prénom .....

Date de Naissance ..... Lieu de naissance .....

Nationalité .....

Adresse .....

.....

Tél ..... Mail .....

N° de Sécurité Sociale ..... Caisse .....

Mutuelle ..... N° d'adhérent .....

N° d'allocataire CAF ..... Département .....

N° de dossier MDPH ..... Décision d'orientation .....

Date de validité du ..... au .....

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ? ☐ Curatelle ☐ Curatelle Renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de Justice

Nom et Adresse du mandataire ou de l'organisme :

.....

.....

Tél ..... Mail .....

- **Personne chargée du dossier**

Nom et Prénom .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

Tél ..... Mail .....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

COORDONNEES DES PROCHES AIDANTS

1.

Nom et Prénom .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

Tél ..... Mail .....

2.

Nom et Prénom .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

Tél ..... Mail .....

3.

Nom et Prénom .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

Tél ..... Mail .....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

PARCOURS DU CANDIDAT

- **Historique**

.....

.....

.....

.....

- **Contexte familial**

.....

.....

.....

.....

- **Scolarité**

.....

.....

.....

.....

- **Situation actuelle / Observations éventuelles**

.....

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

AUTONOMIE

RESPIRER

1 - Pas de Gêne ☐
2 - Troubles Temporaires / Dyspnée ☐
3 - Aide Technique ou Médicamenteuse ☐
4 - Ventilation Assistée / Contrôlée ☐

BOIRE ET MANGER

1 - Mange seul(e) ☐
2 - Aide Technique ☐
3 - Aide d'un Tiers ☐
4 - Risque de fausses routes ☐

ÉLIMINER

1 - Continence ☐
2 - Aide Technique ou Médicamenteuse ☐
3 - Aide d'un Tiers ☐
4 - Aide Technique ou Médicamenteuse + Tiers ☐

DORMIR / SE REPOSER

1 - Sommeil normal ☐
2 - Aide Médicamenteuse ☐
3 - Réveils fréquents ou Somnolence ☐
4 - Insomnie / Hypersomnie ☐

SE MOUVOIR

1 - Se déplace seul(e) ☐
2 - Aide Matérielle ou Physique ☐
3 - Aide Matérielle et Physique ☐
4 - Alité(e) ou lever interdit ☐

ASSURER SON HYGIÈNE CORPORELLE

1 - Autonome ☐
2 - Aide Technique ☐
3 - Aide Humaine Partielle ☐
4 - Aide Humaine Totale ☐

MAINTENIR LA TEMPÉRATURE CORPORELLE

1 - Vêtements adaptés à la température ambiante ☐
2 - Demande à être protégé ☐
3 - Incapable d'adaptation ☐
4 - Garde en permanence les mêmes vêtements ☐

SE VÊTIR / SE DÉVÊTIR

1 - Autonome ☐
2 - Aide Technique ☐
3 - Aide Humaine Partielle ☐
4 - Aide Humaine Totale ☐

COMMUNIQUER

1 - Communique aisément ☐
2 - Quelques difficultés ☐
3 - Aide technique nécessaire ☐
4 - Ne peut / veut s'exprimer ☐

EXPRIMER UNE DOULEUR / UN MAL-ÊTRE

1 - Alerte spontanément et à bon escient ☐
2 - N'exprime que sur sollicitations ☐
3 - Passivité / indifférence ☐

VIVRE EN COLLECTIVITÉ

1 - Comportement adapté	☐
2 - Troubles mineurs du comportement	☐
3 - Risque d'isolement / de rejet	☐
4 - Comportement inadapté	☐

APPRENDRE

1 - Recherche des informations	☐
2 - Besoin de stimulation	☐
3 - Apathie	☐
4 - Refus, résignation	☐

S'OCCUPER / SE RÉALISER

1 - Engagement social	☐
2 - Participation sur sollicitation	☐
3 - Angoisse, opposition, laisser-aller	☐
4 - Repli sur soi	☐

ÉVITER LES DANGERS

1 - Connaissance des risques + comportement préventif	☐
2 - Connaissance des risques sans comportement préventif	☐
3 - N'a pas connaissance des risques liés à sa santé	☐
4 - Dangereux pour lui-même et les autres	☐

SE RECRÉER / SE DIVERTIR

1 - Fait preuve de créativité dans ses loisirs	☐
2 - Participation passive à des activités de loisirs	☐
3 - Ne peut pas accomplir d'activités récréatives	☐
4 - Ne veut pas accomplir d'activités récréatives	☐

Le cas échéant, nature des aides techniques nécessaires :

- **<u>Précisions complémentaires</u>**

.....

.....

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

SANTE

- **Nature du / des Handicaps**

.....

.....

.....

- **Autre renseignements médicaux à connaître dans le cadre de votre accompagnement au quotidien**

.....

.....

.....

- **Alimentation**

Texture adaptée ☐ Normal ☐ Haché ☐ Mixé

Régime ☐ Hypocalorique ☐ Diabétique ☐ Sans flatulences

Allergies / intolérances (préciser) : .....

- **Coordonnées du médecin traitant**

Nom du médecin traitant .....

Adresse .....

.....

Tél .....

- **Suivi psychiatrique** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel cadre le suivi est-il assuré ? ☐ CMP ☐ Cabinet privé ☐ Hôpital

Nom du médecin psychiatre .....

Adresse .....

.....

Tél .....

SANTE (SUITE)

- **Coordonnées des autres spécialistes**

1.

Nom du médecin ..... Spécialité .....

Adresse .....

.....

Tél .....

2.

Nom du médecin ..... Spécialité .....

Adresse .....

.....

Tél. : .....

- **Suivez-vous un traitement médical ?** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir impérativement l'ordonnance sous pli confidentiel

- **Savez-vous gérer seul les prises de médicaments ?** ☐ Oui ☐ Non

- **Précisions complémentaires**

.....

.....

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr