



**FICHE ADMINISTRATIVE POUR L'ADMISSION EN RESIDENCE D'ACCUEIL
EN VUE DE L'ETUDE DE LA DEMANDE EN COMMISSION**

ETAT CIVIL

Nom du bénéficiaire :Nom de jeune fille.....
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....

Situation matrimoniale : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) vie maritale
 PACS

Enfants : oui non, si oui quel(s) âge(s) a/ont-ils ?.....
Vivent-ils avec vous ? oui non

Numéro de téléphone :
Numéro de sécurité sociale :
Adresse mail :

PERSONNE (S) (à contacter si nécessaire – préciser le lien de parenté)

Nom :
Adresse :
N° de téléphone :
Nom :
Adresse :
N° de téléphone :

RESSOURCES ET CHARGES

Origine : (Salaire, Assedic, Pension d'invalidité, Revenu de Solidarité Active, Allocation Adulte Handicapé, Autres...)
Montant :
Quelles sont vos charges actuelles ? Dettes, pensions.....

PROTECTION SOCIALE ET ASSURANCES

Assurance-Maladie : oui non
Mutuelle : oui non si oui laquelle :
Carte d'invalidité : oui non

Assurance au titre de responsabilité civile privée : oui non ne sait pas



MESURE TUTELLAIRE oui non

Nom de la tutelle :
Adresse :
N° de téléphone :
Nom du délégué à la tutelle :.....
Type de mesure :

SUIVI SOCIAL

Nom :
Adresse :
N° de téléphone :

VOTRE LIEU D’HABITATION ACTUELLE

Vous êtes :

Hébergé :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisez (amis famille, hôtel..).....
Locataire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisez HLM, propriétaire privé..).....
Propriétaire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sans domicile fixe :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Hospitalisé :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autre :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisez.....

Depuis combien de temps :

VOS ATTENTES POUR UN LOGEMENT EN RESIDENCE ACCUEUIL

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

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

REPRESENTANT LEGAL :



FICHE SANTE

MEDECIN PSYCHIATRE

Nom :
Etablissements :
Adresse :
N° de téléphone :

INFIRMIERE REFERENTE :

MEDECIN GENERALISTE

Nom :
Adresse :
.....
N° de téléphone :

Est-il votre médecin référent ? oui non

Si non, coordonnées de celui-ci :

Nom :
Adresse :
.....
N° de téléphone :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

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

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

REPRESENTANT LEGAL :



MODELE DE DEMANDE D'HEBERGEMENT EN RESIDENCE D'ACCUEIL

(à rédiger à la main par le demandeur)

Mr, Mme, Melle soussigné(e) demande à être hébergé dans la résidence d'accueil de l'association ATTAPsy et s'engage à respecter le règlement de vie de la collectivité.

A....., le

Signature du demandeur:



CERTIFICAT DU MEDECIN PSYCHIATRE TRAITANT

Je, soussigné(e)..... certifie que l'hébergement en résidence
d'accueil de Mr, Mme, Melle
Peut être bénéfique à son projet de vie

Fait à

Le

Signature et cachet

Certificat remis en main propre.



ORGANISME TUTELAIRE

Nous, (nom et adresse) ,
agissant en qualité de auprès de M.....
prenons bonne note de sa demande d'hébergement dans la résidence d'accueil de l'association
ATTAPsy et nous nous engageons à coopérer à cette action, en fournissant tout document
nécessaire au bon fonctionnement du dossier.

A..... , le.....

Signature et cachet :



FICHE COMPLEMENTAIRE (à remplir par le résident)

Nom :

Prénom :

Antécédents personnels :

Somatiques :

Psychiatriques :

Antécédents familiaux :

Addictions :

Tabac : OUI NON Importance : forte moyenne faible

Alcool : OUI NON Importance : forte moyenne faible

Cannabis : OUI NON Importance : forte moyenne faible

Jeux : OUI NON Importance : forte moyenne faible

Autres : OUI NON Laquelle :.....

Y a t'il un suivi en cours ? OUI NON

Si oui, par :

Mode de vie :

Permis de conduite : OUI NON

Véhicule : OUI NON

Mode de déplacement : Voiture bus vélo autres

Accompagné (e) : VSL taxi famille

Vie sociale : OUI NON

Vous sentez-vous capable de faire seul(e) ?

Votre toilette : OUI NON

Votre ménage : OUI NON

Votre lessive : OUI NON

Vos repas : OUI NON

Vos achats/courses : OUI NON

Vos démarches administratives : OUI NON

Vos autres difficultés dans la vie quotidienne :
.....

Traitement médicamenteux : OUI NON

Modalité de prise :

Prise : matin midi soir coucher

Avez-vous difficultés avec votre traitement ?

Prise en charge actuelle :

CMP CATTP Hôpital de jour ; suivi psychologique

Fréquence :

Estimez-vous être stabilisé ? : OUI NON

Depuis le :

Projets médico-sociaux :

Autres projets :

Date :

Signature :



FICHE COMPLEMENTAIRE - AVIS AIDANT(S)
--

Concerne :

Aidant familial : OUI NON Lien de parenté :

Aidant professionnel : OUI NON

Travailleur social Psychologue Soignant Tuteur

Accompagnant depuis :

Vos coordonnées.....

.....

Téléphone :

Courriel :

Avez-vous connaissance d'addictions

Tabac : OUI NON

Importance : forte moyenne faible

Alcool : OUI NON

Importance : forte moyenne faible

Cannabis : OUI NON

Importance : forte moyenne faible

Jeux : OUI NON

Importance : forte moyenne faible

Autres : OUI NON

Laquelle :.....

Avez-vous connaissance de difficultés concernant :

Ses déplacements en bus : OUI NON

Se repérer en ville : OUI NON

Du lien avec les autres : OUI NON

Vivre en collectivité : OUI NON

Du lien avec le soin : OUI NON

Avez-vous connaissance de difficultés concernant :

La toilette : OUI NON

Le ménage : OUI NON

La lessive : OUI NON

Les repas : OUI NON

La gestion de son argent : OUI NON

Les achats/courses : OUI NON

Les démarches administratives : OUI NON

D'autres difficultés dans la vie quotidienne :
.....

Fait, le

Signature