

Pôle Habitat, Accompagnement et Soins**Foyer "La Maison de Belle-Beille"**

2 place du Chanoine Ballu – 49000 ANGERS

Secrétariat : 02 41 59 74 94

Equipe éducative : 02 41 73 11 66

Courriel : fh-maison-de-belle-beille@adapei49.asso.fr

Objet : Liste des documents à fournir pour un accueil temporaire

- Notification d'aide sociale
- Carte nationale d'identité et/ou livret de famille
- Attestation CPAM, MSA ou autre
- Attestation responsabilité civile
- Photocopie ou scan carte de mutuelle
- Jugement de protection juridique comportant dates, mesure et mandataire
- Droit à l'image complété (document fourni)

Notifications MDA

- pour hébergement Accueil Temporaire et/ou définitif
- RQTH (reconnaissance qualité de travailleur handicapé)
- Orientation professionnelle
- Carte d'invalidité
- Prestations de compensation
- Carte d'invalidité orange

1 ^{er} rendez-vous le : Accompagné par Objet de la rencontre : <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/> Demande d'accueil temporaire <input type="checkbox"/> Demande d'accueil permanent Reçu par
--

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Identité – Informations Personnelles

NOM : **Prénom** :

Date et lieu de naissance :

Adresse personnelle :

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

Téléphone personnel :

.....

Personne à contacter en cas d'urgence (adresse, tél., courriel, ...)

.....
.....

Coordonnées de l'entourage et/ou de l'établissement ou service :

.....
.....

Origine de la demande, attentes de la personne et/ou de son entourage :

.....
.....

Parcours de vie (scolarité, établissements antérieurs...) :

Mesure de protection :- Curatelle Autre Tutelle

Mandat de protection future

Exercée par (Nom - adresse - Tél.) :

(Joindre le jugement) 

Santé

Éléments médicaux dont vous souhaitez nous informer : Problèmes médicaux, handicap, antécédents importants (Maladie chronique, épilepsie, allergie, régimes médicaux, greffes, opérations), appareillages, prothèses.

Médecin traitant :

..... Fax.....

Prise de médicaments : oui non seul avec accompagnement préparé sous forme de pilulier.

Joindre une ordonnance à jour et le traitement correspondant. Avoir sur soi carnet de santé, Mode de paiements des frais médicaux

Gestion de la douleur :Ressent la douleur : oui nonType d'expression :
.....
.....Peut se plaindre en cas de besoin : oui nonType d'expression :
.....
.....A besoin d'être accompagnée : oui nonPrécisions :
.....
.....**Travail**Lieu de travail ou de stage (préciser) :
.....
.....
.....Jours et Horaires de travail ou de stage (préciser) :
.....
.....
.....Moyen de transport :
.....
.....
.....

Heure de départ : Heure de retour :

Formation professionnelle :
.....
.....

Loisirs - Apprentissage

- ✓ Sait gérer son temps libre : oui non
- ✓ Sait choisir entre plusieurs activités : oui non
- ✓ Participation à des séjours adaptés : oui non

Activité et organisation (créneaux, transport, organisme...)

Vie sociale, autonomie, Centres d'intérêts

Communication

- ✓ Langage verbal : oui non
- ✓ Problèmes d'élocution : oui non

Si oui lesquels :

.....

.....

- ✓ Utilise des modes de communication particuliers : oui non

Si oui lesquels :

.....

.....

- ✓ Connaît son identité :

- ✓ Nom : oui non

✓ Prénom : oui non

✓ Age : oui non

✓ Sait lire : oui non avec aide

Remarques :

.....

.....

.....

✓ Sait écrire oui non avec aide

Remarques :

.....

.....

.....

Possède un téléphone portable :

- ✓ Connaît son numéro :
- ✓ Sait composer un numéro :
- ✓ Sait rentrer un contact :

RELATIONNEL

Aptitudes à vivre en collectivité :

.....

.....

.....

Phobies ou troubles particuliers :

.....

.....

.....
Difficultés relationnelles particulières (isolement, fugue, manifestations agressives envers lui- même ou envers les autres...)

.....
.....
.....
.....
Signes avant-coureurs observables :

.....
.....
.....
Capacité à dire non (respect de son intégrité...).....

.....
.....
.....
Capacité à interpeller en cas de besoin

.....
.....
.....
.....
Vulnérabilité particulière :

ORIENTATION :

✓ Repères dans le temps : oui non avec aide

Heures : Matin / Midi / Soir oui non

Jours de la semaine / Week End : oui non

Remarque :

.....

.....

.....

✓ Déplacements :

Peut sortir seul : oui non avec aide

Mémorise un lieu à atteindre : oui non avec aide

Mémorise un trajet : oui non avec aide

Sait demander son chemin : oui non avec aide

Sait traverser la chaussée sans danger : oui non avec aide

Sait rentrer à heure fixe : oui non avec aide

Peut suivre une personne ressource qui effectue le même trajet :

oui non

Supporte les lieux publics : oui non avec aide

✓ Lieux à éviter : oui non

Si oui, précisions (escalators, escaliers, piscine...) :

.....

.....

.....

✓ Peut marcher plus d'une heure : oui non

Remarque :

.....

.....

.....

QUOTIDIEN :

Participation aux tâches de la vie quotidienne dans son lieu de vie actuel (mettre la table, passer le balai, lessive...).

.....

.....

.....

.....

	Seul	Stimulation	Aide partielle	Aide totale
Toilette				
Douche				
Coiffage				
Brosse à dents				
Rasage				
Sait choisir des vêtements				
S'habille en fonction de la météo				
Se change en fonction du degré de salissure des vêtements				
S'habille				
Se déshabille				
Se chausse, fait ses lacets				
Tri son linge sale				
Sait faire une lessive				
Plie le linge				

NUITEE, SOMMEIL, LEVER :Sait programmer un réveil : oui nonHeure habituelle de coucher : oui nonTroubles du sommeil : oui non

Rituels, besoins particuliers par rapport à la nuit (peur de l'obscurité, présence de lumière....) :

.....

.....

Qualité du sommeil : bon : moyen : profondSe lève la nuit: oui nonEnurésie : oui (diurne, nocturne) : nonEncoprésie : oui (diurne nocturne) : non

Remarque :

REPAS :

Régime alimentaire particulier y compris allergies :

Risque de fausse route :

GESTION DE L'ARGENT :Gestion d'une somme disponible : seul accompagné *(si accompagné préciser si somme remise ou conservée sur soi et montant)*

.....

.....

.....

Retrait seul ou accompagné

Précisions :

.....

Rapport à l'argent:

.....

.....

CONCLUSION DE LA RENCONTRE ET FORMALISATION DU SEJOUR

Demande d'accueil temporaire :

OUI

NON

Périodes d'accueil souhaitées :

Du..... au

Par.....

.....

Dates d'accueil confirmées

Du..... au

Par.....

.....

Objectifs de l'accueil :

.....

.....

Référent désigné pour la durée du séjour

.....

.....

Rencontre préalable à l'accueil avec le référent :

le Lieu :

Date d'arrivée, heure, remarques :

Date de départ, heure, moyen de transport :

Fréquence des départs en W. E. :

Accueil (Nom - adresse) :

Divers pour l'organisation de l'AT :

DROIT À L'IMAGE AUTORISATION

Nom, Prénom de la personne accompagnée.....

Nom, Prénom du représentant légal (*le cas échéant*)

Autorise l'Adapei 49 et l'établissement ou service

par la présente autorisation, à utiliser mon image / l'image de la personne dénommée ci-dessus et dont je suis le représentant légal.

La présente autorisation, donnée à titre gracieux et à but non commercial, est limitée à une durée de 10 ans à compter de la date de signature, et aux seuls usages suivants :

- **Supports de communication « papier »** (de type brochures, plaquettes, dépliants, guides, annonces-presse, affiches etc...)
- **Journal** de l'Adapei 49 (2 numéros/an)
- **Site internet** (Adapei 49 et établissement ou service)
- **Réseaux sociaux** (Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, LinkedIn...)
- **Supports campagne collecte de fonds** (opération brioche, fonds de dotation...)

Dans les limites précisées ci-dessus, j'autorise l'Adapei 49 à fixer, reproduire et communiquer ces images (photos et vidéos).

N'autorise pas l'Adapei 49 et l'établissement ou service

à utiliser mon image / l'image de la personne dénommée ci-dessus et dont je suis le représentant légal.

Fait à

le/...../ 20.....

Signature
(de la personne photographiée)

Signature
(du représentant légal, s'il y a lieu)