

	<h2>DOSSIER D'ADMISSION</h2>	<p>DA-A1-004 IndC du 26-11-2018</p>
---	------------------------------	--

Ce questionnaire a pour objectif de faire connaissance avec la personne candidate à l'admission et de découvrir les grandes lignes de son parcours.

Ce dossier, une fois complété, devra être retourné à :

CENTRE DE COTAGON

**373 Voie de Cotagon
B. P. 10**

38620 SAINT GEOIRE EN VALDAINE

Ou par mail à : med.cotagon@wanadoo.fr

Questionnaire complété par :

Fonction :

Adresse :

Tel. : / / / /

Mail :

Partie administrative

LE (LA) CANDIDAT(E)

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

PHOTO
OBLIGATOIRE

A coller
ici

.....
Ce domicile est-il reconnu comme domicile de secours * ? OUI NON

Si NON, indication précise du domicile de secours* :

.....
N° de téléphone fixe : / / / /

N° de téléphone portable : / / / /

E-mail :

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Séparé(e)

Pacsé(e)

Divorcé(e)

* : **Le domicile de secours** n'est pas forcément le lieu où habite la personne au jour où elle renseigne le dossier. Ce n'est pas non plus son lieu de naissance.

La notion de domicile de secours est définie par le Code de l'Action Sociale et des familles, aux articles L122-1, L122-2, L1222-3 et L122-4.

Article L122-2 : « Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ».

Un séjour en milieu hospitalier ou en établissement médicosocial ne constitue pas le domicile de secours acquis, quelle que soit la durée de ce séjour.

La notion de domicile de secours est utilisée pour désigner la collectivité (conseil départemental) qui doit verser le prix de journée à un établissement pour une personne qui bénéficie de l'aide sociale. Dans le cas présent, le foyer de vie « Cotagon » facturera au département du domicile de secours dont vous dépendez son prix de journée tant que vous y serez hébergé.

La demande de prise en charge de vos frais d'hébergement auprès de l'aide sociale de votre domicile de secours est donc indispensable (elle est différente de la décision d'orientation qui vous a été notifiée par la MDPH).

NATURE DES RESSOURCES

MESURE DE PROTECTION

Le candidat bénéficie-t-il d'une mesure de protection ? OUI NON

Si oui, nature de la mesure de protection :

Le mandataire :

NOM : Prénom :

Organisme :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :...../...../...../...../.....

N° de fax :/...../...../...../..... Email :

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

PERE

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :...../...../...../...../.....

Email :

Profession :

Situation de famille :

Seul En couple Décédé le/...../.....

Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer les coordonnées d'un conjoint, autre que la mère :

Nom du conjoint : Prénom :

Tél :/...../...../...../.....

MERE :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse actuelle :

N° de téléphone : / / / / N° de portable : / / / /

Email :

Profession :

Situation de famille :

Seul En couple Décédée le / /

Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer les coordonnées d'un conjoint, autre que le père :

Nom du conjoint : Prénom :

Tél : / / / /

FRATRIE

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Profession :

Adresse actuelle :

N° de téléphone : / / / / N° de portable : / / / /

Email :

Situation de famille :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Profession :

Adresse actuelle :

N° de téléphone : / / / / N° de portable : / / / /

Email :

Situation de famille :

NOM : Prénom :
 Date de naissance : / / Profession :
 Adresse actuelle :

 N° de téléphone : / / / / N° de portable : / / / /
 Email :
 Situation de famille :

CONJOINT(E) DU (DE LA) CANDIDAT(E)

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : / /
 Adresse actuelle :

 N° de téléphone : / / / /
 N° de portable : / / / /
 Email :
 Profession :

ENFANT(S) DU (DE LA) CANDIDAT(E)

NOM	Prénoms	Date de naissance
..... / /
..... / /

Souhaitez-vous apporter des précisions sur vos relations avec votre entourage ?

-
-
-
-
-

**PERSONNES SUSCEPTIBLES DE RECEVOIR LE CANDIDAT PENDANT LES WEEK-ENDS
OU LES VACANCES**

- Conjoint
- Père
- Mère
- Frère
- Sœur
- Famille d'accueil
- Autre

Si les coordonnées de la (des) personne(s) susceptible(s) de recevoir le candidat durant les week-ends ou les vacances n'ont pas été données précédemment, merci de préciser :

NOM : Prénom :
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :...../...../...../...../.....
Adresse actuelle :
.....
E-mail :
Lien de parenté éventuel avec le candidat :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Profession :.....
Adresse actuelle :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :...../...../...../...../.....
Email :
Lien de parenté éventuel avec le candidat :

NOTIFICATIONS DE CDAPH ET PRISE EN CHARGE

- Orientation Foyer de vie : Centre de Cotagon, valable du/...../..... au...../...../.....
Ou demande en cours déposée le/...../.....
- Attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés, valable du...../...../..... au...../...../.....
- Taux d'incapacité : %
- Attribution de la carte d'invalidité, valable du...../...../... au/...../.....
- Autres :
 - Reconnaissance de travailleur handicapé, valable du/...../..... au/...../.....
 - Orientation ESAT/Foyer, valable du/...../..... au/...../.....
 - SAVS, valable du/...../..... au/...../.....

Questionnaire complété par :

Fonction :

Tél :

Adresse :

Mail :

Partie éducative

VIE QUOTIDIENNE

	Oui	Pas vraiment	Non
Le (la) candidat(e) est-il (elle) repéré(e) dans le temps ?			
Le (la) candidat(e) est-il (elle) repéré(e) dans l'espace ?			
Sait-il (elle) lire l'heure ?			
Est-il (elle) autonome sur le plan de l'hygiène corporelle ?			
Aptitudes à entretenir son espace personnel ?			
Aptitudes à préparer un petit-déjeuner ?			
Aptitudes à préparer un repas ?			
Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) la notion de l'argent ?			
Sait-il (elle) le gérer seul ?			
Sait-il (elle) le gérer avec une aide ?			

VIE COLLECTIVE

	Oui	Pas vraiment	Non
Expérience d'une vie en collectivité mixte			
Aptitudes à respecter le cadre			
Participation aux tâches collectives			
Aptitudes à prendre des initiatives			
Capacité à passer seul une journée de loisirs			
Nécessité d'un encadrement permanent			
Nécessité d'un encadrement à la demande			

VIE PERSONNELLE

	Oui	Pas vraiment	Non
APTITUDES A LA COMMUNICATION ET ACQUISITIONS SCOLAIRES			
Lire			
Ecrire			
Compter			
Faire des divisions			
Téléphoner			
Utiliser l'ordinateur pour rédiger un courrier			
Utiliser l'ordinateur pour réaliser un tableau			
Utiliser internet			
APTITUDES AUX DEPLACEMENTS			
Titulaire du permis de conduire			
Conduit-il (elle) régulièrement une voiture ?			
Conduit-il (elle) régulièrement un deux-roues ?			
Peut-il (elle) circuler seul(e) en train ?			
RELATIONS AUX AUTRES			
Capacité à dire non			
Capacité à se protéger			
Capacité à faire face à des conflits			
Capacité à exprimer ses sentiments et ses émotions			
Capacité à solliciter de l'aide			
SANTE			
Gestion autonome d'un traitement			
Utilisation d'un pilulier			

PARCOURS DU CANDIDAT

PARCOURS SCOLAIRE

Parcours scolaire en milieu ordinaire :

Années	Classes	Nom et adresse des Etablissements fréquentés

Etablissements spécialisés fréquentés :

Années	Nom et adresse des Etablissements fréquentés	Raisons du départ

Diplômes obtenus :

Date	Nature et intitulé du document

PARCOURS PROFESSIONNEL

Parcours professionnel en milieu ordinaire :

Temps de présence dans l'entreprise	Années	Emploi occupé	Adresse de l'employeur

Parcours professionnel et institutionnel en milieu protégé :

Temps de présence dans la structure	Années	Emploi occupé	Adresse de l'employeur

Permis obtenus, projets personnalisés :

Année / date	Nature et intitulé du document

.....
TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE ACTUEL
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Existence de bilan neuropsychologique, d'action de remédiation ?
.....
.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

NEUROLOGIQUES (épilepsie) – Joindre le dernier EEG
.....
.....
Préciser le suivi actuel et le traitement
.....
.....
.....

AUTRES PATHOLOGIES
.....
.....
.....

CONTRACEPTION
.....
.....
ALLERGIES
.....
.....

Contre-indication médicale relative à une activité de travail : posture, port de charge, ...
.....
.....
Contre-indication médicale relative à la pratique du sport :
.....
.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

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

TRAITEMENT ACTUEL

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

DEPENDANCES ET ADDICTION

Le (la) candidat (e) fait-il (elle) usage des produits suivants :

	Régulièrement	Ponctuellement	Non
Tabac			
Alcool			
Drogue (préciser)			
Jeux vidéo			
Autres (préciser)			

Comportement en cas de consommation :

Repli sur soi Euphorie Volubilité
Automutilation Violence envers les autres

Préciser :
.....
.....

A-t-il (elle) bénéficié d'un suivi addictologie ? OUI NON

Si oui, durée du suivi : Année :

Sous quelle forme :

Coordonnées de l'addictologue et/ou service d'addictologie :

.....
.....

COMPORTEMENT

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) connu des épisodes ?

	Par le passé	Actuellement
d'hétéro-agressivité ?		
d'auto-agressivité		
de violence ?		
de conduite suicidaire ?		
de fugues ?		

ANTECEDENTS JUDICIAIRES

Le (la) candidat (e) a-t-il (elle) un dossier en cours auprès de la justice ? OUI NON

Si oui,

- A quelle date :

- De quelle nature :
-
-

Cachet et signature du médecin

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :

- Synthèse socio-éducative et/ou compte-rendu d'hospitalisation
- Dernier projet personnalisé (*)
- Copie de l'ordonnance du traitement en cours
- Copie de la carte d'identité
- Copie de l'attestation de droit à la Sécurité Sociale
- Copie de la carte de mutuelle
- Jugement de tutelle (*)
- Justificatif de ressources (CAF, Pension d'invalidité,...)

(*) : Dans la mesure où le (la) candidat(e) est en possession de ce document