

	<h2>DOSSIER D'ADMISSION</h2>	<p>DA-A1-005 IndC du 25-03-2020</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 : admission@cotagon.com

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 :

- AAH Pension d'Invalidité Indemnités Journalières
 Autre (à préciser)

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 :...../...../...../...../.....

Email :

Le candidat bénéficie-t-il d'un contrat jeune majeur ? OUI NON

Le candidat est-il placé sous amendement Creton ? OUI NON

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 ?

-
-
-
-
-

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 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			
Expérience d'une vie en hébergement autonome			
Aptitudes à respecter le cadre			
Capacité à rester et participer dans le groupe			
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			
Téléphoner			
Utiliser l'outil informatique			
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 transport en commun ?			
RELATIONS AUX AUTRES			
Capacité à dire non et se protéger des sollicitations des autres			
Capacité à gérer les conflits			
Capacité à gérer la frustration			
Capacité à exprimer ses sentiments et ses émotions			
Capacité à solliciter de l'aide			
SANTE			
Capacité à gérer de manière autonome un traitement, sans surveillance			
Capacité à préparer un pilulier/semainier			
Capacité à gérer les rendez-vous médicaux			

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
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 :

.....

.....

Bénéficie-t-il (elle) 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
De violences	Hétéro-agressivité		
	Auto-agressivité		
	Agressivité verbale ?		
De conduite suicidaire			
De fugues			

PARCOURS EN REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Structure(s)/Etablissement(s) fréquenté(es) :

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

Soins thérapeutiques reçus :

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

Existence de bilan neuropsychologique, d'action de remédiation cognitive ? OUI NON
Si oui, joindre le bilan

Attentes et besoins du candidat :

.....
.....

Attentes et besoins de l'équipe soignante :

.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

Médecin Généraliste – Nom : Tél. :

Mail :

Adresse :

.....

NEUROLOGIQUES – Joindre le dernier EEG

Coordonnées du neurologue : :

.....

Préciser le suivi actuel et le traitement

.....

.....

.....

AUTRES PATHOLOGIES – Préciser le suivi, le traitement et les coordonnées des médecins spécialistes

.....

.....

.....

.....

CONTRACEPTION
.....
.....
Coordonnées du Gynécologue :.....
.....

ALLERGIES
.....
Traitement lié aux allergies :
.....
.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

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

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

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 :

• Un suivi SPIP est-il en cours ? OUI NON

Cachet et signature du médecin psychiatre - Date

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :

- Synthèse/évaluation socio-éducative, compte-rendu d'hospitalisation
- Dernier projet personnalisé (dans la mesure où la candidat est en possession de ce document)
- 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 (*)