



Liste des pièces à fournir

- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie de la carte de mutuelle, si vous avez une mutuelle
- Copie de l'attestation de CMU, si vous êtes bénéficiaire de la CMU
- Copie de la notification MDPH
- Copie du jugement de protection juridique, si vous bénéficiez d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice ou habilitation familiale).

1

Si la personne pour qui cette demande est déposée a déjà séjourné dans un autre établissement, merci de joindre le dernier projet personnalisé d'accompagnement ou toute note (éducative ou psychologique) ou bilan que vous pourriez nous communiquer.

Si vous disposez d'un certificat médical réalisé pour la MDPH datant de moins de 6 mois, merci de nous en fournir une photocopie ; il sera alors inutile de compléter la fiche médicale.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL

Nom de naissance _____

Si marié(e), nom d'époux ou d'épouse _____

Prénom(s) _____

2

Date de naissance _____

Ville de naissance _____ Pays de naissance _____

Nationalité _____

Situation familiale (*marié(e), divorcé(e), etc.*) _____

SITUATION ACTUELLE

- Domicile seul ou en couple
- Domicile avec un membre de la famille (parents, frère ou sœur, ...)
- Etablissement (*préciser lequel*)

- Hôpital (*préciser dans quel service*)

- Famille d'accueil
- Autre situation (*préciser laquelle*)



Adresse actuelle _____

• Numéro de téléphone fixe | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

• Numéro de téléphone portable | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

• Adresse mail _____

PROTECTION JURIDIQUE

La personne est-elle sous mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, habilitation familiale, sauvegarde de justice) ?

- Oui
- Non
- Demande en cours

☞ Si demande en cours, date à laquelle la demande a été déposée _____

3

Type de mesure (tutelle, curatelle, habilitation familiale, sauvegarde de justice) _____

Nom et coordonnées du représentant légal (tuteur ou curateur) ou des représentants s'il y en a deux (s'il y a une tutelle aux biens et une tutelle à la personne) _____

FAMILLE

PARENTS	Nom	Prénom	Date de naissance
Le père			
La mère			

FRERES ET SOEURS	Nom	Prénom	Date de naissance

EPOUX OU EPOUSE	Nom	Prénom	Date de naissance

Adresse _____

N° de téléphone |__|__|__|__|__|

Mail _____

ENFANTS	Nom	Prénom	Date de naissance

Nom et coordonnées (*adresse, numéro de téléphone, mail*) d'un membre de la famille que nous pouvons contacter si besoin _____

ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro de sécurité sociale : | _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ |

Avez-vous une mutuelle Oui Non

5

Merci de préciser dans le tableau ci-dessous les prestations et notifications données par la MDPH :

PRESTATIONS	Date de début de validité	Date de fin de validité
AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé)		
AAH (Allocation Adulte Handicapé)		
Carte d'invalidité		
Carte de stationnement		
PCH (Prestation de Compensation du Handicap)		
ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)		
Orientation MAS accueil temporaire		
Orientation MAS accueil de jour		
Orientation MAS accueil permanent		
Orientation FAM – EAM accueil temporaire		
Orientation FAM – EAM accueil de jour		
Orientation FAM – EAM accueil permanent		

Merci de préciser si vous avez d'autres prestations données par d'autres organismes :

Pension d'invalidité Oui Non

Pension d'orphelin Oui Non

Pension de réversion Oui Non

Retraite Oui Non

PARCOURS ET PROJET

6

1 – PARCOURS DE LA PERSONNE

PARCOURS SCOLAIRE		
Dernière classe fréquentée	Lieu	Année

PARCOURS PROFESSIONNEL	
Métier exercé	Année de fin d'activité

PARCOURS INSTITUTIONNEL			
La personne a-t-elle fréquenté d'autres établissements ou services ?			<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>☞ Si oui, lesquels ?</i>			
Nom de l'établissement	Adresse	Type d'accueil	Dates
		<input checked="" type="radio"/> Hébergement permanent <input checked="" type="radio"/> Accueil Temporaire en hébergement <input checked="" type="radio"/> Accueil de jour <input checked="" type="radio"/> Accueil Temporaire de jour <input checked="" type="radio"/> Autre, précisez	
		<input checked="" type="radio"/> Hébergement permanent <input checked="" type="radio"/> Accueil Temporaire en hébergement <input checked="" type="radio"/> Accueil de jour <input checked="" type="radio"/> Accueil Temporaire de jour <input checked="" type="radio"/> Autre, précisez	

		<input type="radio"/> Hébergement permanent <input type="radio"/> Accueil Temporaire en hébergement <input type="radio"/> Accueil de jour <input type="radio"/> Accueil Temporaire de jour <input type="radio"/> Autre, précisez	
--	--	---	--

- Autres précisions que vous aimeriez nous donner _____

7

2 – TYPE D'ACCUEIL SOUHAITE

Merci de compléter le tableau ci-dessous en indiquant vos choix par ordre de préférence. 1 est le mode d'accueil que vous souhaitez le plus.

Attention, tous les établissements ne proposent pas d'accueil de jour ou d'accueil temporaire. Il faudra le vérifier avec l'équipe de chaque établissement dans lequel vous déposez une demande.

Hébergement permanent

Accueil temporaire en hébergement

⇒ Si oui, préférez-vous des périodes en particulier ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer ces périodes : _____

Accueil de jour

⇒ Si oui, préférez-vous des jours en particulier ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer ces jours : _____

Accueil temporaire de jour

☒ Si oui, préférez-vous des périodes en particulier ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer ces périodes : _____

Autre (préciser) _____

● Avez-vous demandé une admission dans d'autres établissements ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

● Votre demande d'admission vous paraît-elle urgente ?

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? _____

3 – ORIGINE DE LA DEMANDE

● La personne est-elle, elle-même, à l'origine de cette demande ?

Oui

Non

Si non, qui dépose cette demande pour elle (merci de préciser le lien de parenté ou de relation avec la personne) ? _____

☒ La personne a-t-elle été informée de la demande d'admission ? Oui Non

☒ La personne est-elle consentante à la demande d'admission ? Oui Non

☒ Le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli ? Oui Non

Commentaires éventuels _____

9

- La famille est-elle informée de la demande ? Oui Non
- Quelles sont les personnes que nous pouvons contacter si nous avons besoin d'autres informations (membre de la famille, référent professionnel, etc.) ?

Nom	Coordonnées	Lien avec la personne

- En quelques lignes, précisez pourquoi vous faites cette demande d'admission _____

- Quel est le projet de la personne (quels sont ses besoins, ses attentes) ? _____

HABITUDES DE VIE ET BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT

Nom et prénom _____

1 – COMMUNICATION

• La personne peut-elle (*vous pouvez cocher plusieurs cases*) :

- Parler couramment (*préciser en quelle langue*) _____
- Faire des phrases courtes
- Utiliser des mots
- Utiliser un langage non verbal (cris, mimiques, gestes, ...)
- Utiliser des codes ou outils de communication (pictogramme, code, tablette, commande oculaire, etc.). Si oui, quels sont ses codes et outils de communication ?

• La personne peut-elle comprendre (*vous pouvez cocher plusieurs cases*) :

- Une conversation
- Des phrases courtes
- Des mots
- Des codes et outils de communication. Si oui, quels codes et outils de communication peut-elle comprendre ?

• Peut-elle exprimer des choix ?

Si oui, comment ? _____

Oui Non

- Peut-elle répondre à « oui » ou « non » ?
Si oui, comment ? _____

Oui Non

Autres précisions que vous aimeriez apporter _____

12

2 – VIE SOCIALE

- La personne a-t-elle des relations régulières avec :

Sa famille Ses proches (amis, etc.)

☞ Précisez _____

- Est-elle plutôt :

Sociable, elle aime être avec d'autres personnes
 En recherche de contact avec d'autres personnes
 En retrait, elle évite d'être avec d'autres personnes

- A-t-elle déjà vécu en collectivité ?

Oui Non

- Accepte-t-elle de vivre en collectivité ?

Oui Non Ne sait pas

☞ Précisez _____

- Peut-elle comprendre et accepter des règles de vie quotidienne ?

Oui Non

- Accepte-t-elle l'aide d'une tierce personne ?

Oui Non

- Autres précisions que vous aimeriez apporter _____

13

3 – PARTICULARITES SENSORIELLES

- La personne présente-t-elle des particularités sur le plan sensoriel (hyperacousie, forte sensibilité visuelle, difficulté à supporter le contact physique, etc.) _____

- A-t-elle besoin d'adaptations particulières (casque anti-bruit, salle d'hypo stimulation sensorielle, aménagement de chambre, etc.) _____

- Peut-elle exprimer quand elle ressent une douleur ?

Oui Non

⇒ *Si oui, comment le fait-elle ?* _____

4 – COMPORTEMENT HABITUEL

- La personne a-t-elle des troubles du comportement ?

☞ *Précisez* _____

- Est-elle capable de comprendre le danger, les situations à risque ?

Oui Non

14

- A-t-elle des besoins particuliers ou voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention (risque de sortir et de se perdre, agressivité, ...) ? _____

- En quelques lignes, pouvez-vous décrire le caractère habituel de la personne ? _____

5 – REPERES DANS LE TEMPS ET DANS L’ESPACE

- La personne peut-elle se repérer dans le temps (repérer le jour, l’heure, le moment de la journée, etc.) ?

Oui Non Un peu

☞ *Précisez* _____

● Peut-elle se repérer dans un environnement qu'elle connaît (trouver sa chambre, etc.) ?

Oui Non Un peu

❖ *Précisez* _____

● Peut-elle se déplacer seule à l'extérieur sans danger et sans aide ?

Oui Non

❖ *Si non, précisez quel type d'aide il lui faut* _____

● Peut-elle utiliser les moyens de transports (train, bus, métro) ?

Oui Non

❖ *Si oui, précisez quel transport est le mieux pour elle* _____

6 – CENTRES D’INTERÊT – LOISIRS - ACTIVITÉS

● Quels sont ses centres d’intérêt, ses loisirs préférés ? Qu'est-ce qu'elle aime faire ?

- Combien de temps peut-elle d'habitude rester sur une même activité (pour des raisons de fatigue, de concentration) ? _____

- Les contacts avec des animaux sont-ils possibles ? Oui Non

❖ Précisez _____

7 – TRANSFERTS

- La personne peut-elle
 - S'asseoir seule
 - Se tenir assise seule
 - Se tenir assise sans dossier
 - Peut-elle se tenir debout sans aide ?
 - Oui
 - Non
 - Peut-elle assurer seule les transferts (peut-elle aller d'un fauteuil sur une chaise, ou d'un fauteuil à un lit) ?
 - Oui
 - Non  Si non, précisez si elle peut :
 - ❖ Avec l'aide de quelqu'un
 - ❖ Avec un lève-personne

☞ Autre (lui donner un appui, la guider en lui expliquant, etc.), précisez _____

8 – LE SOMMEIL

17

- La personne a-t-elle habituellement un bon sommeil ? Oui Non

- A-t-elle des difficultés à s'endormir ? Oui Non

- A-t-elle des troubles importants du sommeil (difficultés à rester endormie) ?
 Oui Non

- A-t-elle besoin, pour dormir :
 - De barrières au lit
 - D'un lève-draps (arceau)
 - D'un matelas anti-escarre
 - D'une autre installation, *si oui précisez laquelle* _____

- A-t-elle l'habitude de dormir seule ? Oui Non

- Décide-t-elle seule de l'heure à laquelle elle se lève ou elle se couche ?
 Oui Non

- A-t-elle l'habitude de faire une sieste ? Oui
 Non

- Accepterait-elle d'avoir une chambre double ? Oui
 Non

- Par rapport à son sommeil, la personne a-t-elle des besoins particuliers, voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention (garder une lumière allumée, garder un objet près du lit, etc.) ? _____

9 – L’ALIMENTATION ET L’HYDRATATION

- A-t-elle un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

☞ *Si oui, précisez* _____

- A-t-elle des allergies alimentaires ?

Oui Non

⇒ Si oui, précisez _____

- A-t-elle des troubles particuliers (boulimie, mérycisme, pica, inappétence, anorexie, potomanie, etc.) ?

Oui Non

⇒ Si oui, précisez lesquels _____

- A-t-elle tendance à faire des « fausses routes » (à avaler de travers) ?

Oui

Non

- Pour manger ou pour boire, la personne a-t-elle des besoins particuliers, voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention ? _____

10 – TOILETTE – SOINS DU CORPS - HABILLAGE

- La personne peut-elle se laver seule ?

Oui Non

A-t-elle besoin D'une aide pour certaines choses D'une aide pour tout

⇒ Précisez _____

- Peut-elle s'habiller ou se déshabiller seule ? Oui Non

A-t-elle besoin D'une aide pour certaines choses D'une aide pour tout

⇒ Précisez _____

- Pour la toilette, l'habillage ou le déshabillage, la personne a-t-elle des besoins particuliers, voulez-vous préciser des points sur lesquels il faut faire particulièrement attention ?

20

11 – ELIMINATION

- La personne est-elle continent ? Oui Non

❖ *Précisez si c'est tout le temps ou plutôt le jour ou la nuit, si elle a besoin de matériel comme des protections, etc.)* _____

FICHE MEDICALE

Nom et prénom _____

A faire compléter par votre médecin traitant et à nous retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'établissement.

Ce document est le même que le certificat médical demandé par la MDPH. Si vous avez un certificat médical fait pour la MDPH de moins de 6 mois, merci de nous en donner une photocopie ; il sera alors inutile de compléter cette fiche.

1 – PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE

- Pathologie motivant la demande _____

- Autres pathologies éventuelles _____

- Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité, etc.) _____

2 – HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE

- Origine, circonstances d'apparition : Congénitale Maladie Accident
- Date d'apparition :
 A la naissance Depuis moins d'un an Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans
- Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux, en rapport avec le handicap _____

21

3 – DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

Poids : kg Taille : cm

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15j / mois	Ponctuels <15 j / mois

--	--	--	--

● Précisions _____

● Perspectives d'évolution globale :

- Stabilité
- Incapacité fluctuante
- Amélioration

⇒ *Préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles* _____

- Aggravation
- Evolutivité majeure
- Non définie

4 – DEFICiences SENSORIELLES

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL.

Observations _____

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan visuel rempli par un ophtalmologiste.

Observations _____

5 – TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES

● **Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.**

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée.

❖ Classes thérapeutiques ou nom des médicaments _____

23

❖ Effets secondaires du traitement _____

● **Autres contraintes si connues** (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale, ...)

● **Autre prise en charge concernant les soins**

❖ Suivi médical spécialisé (précisez fréquence)

● Psychiatre _____

● Neurologue _____

● Médecine physique _____

● Autre, précisez _____

❖ Soins ou traitements nocturnes (précisez nature et fréquence)

24

❖ Précisions

❖ Prise en charge sanitaire régulière (précisez fréquence)

- Ergothérapeute _____
- Infirmière _____
- Kinésithérapeute _____
- Orthophoniste _____
- Orthoptiste _____
- Psychologue _____
- Psychomotricien(ne) _____
- Autre, précisez _____

☞ Suivis pluridisciplinaires (précisez fréquence)

- CMP (Centre médico-psychologique) _____
- CATTP (Centre d'activité thérapeutique à temps partiel) _____
- Hôpital de jour _____
- Autre, précisez _____

25

● **Type d'appareillage**

Corrections auditives			
<input checked="" type="radio"/> Unilatérale	<input checked="" type="radio"/> Bilatérale	<input checked="" type="radio"/> Appareillage	<input checked="" type="radio"/> Implant
Aide à la mobilité			
<input checked="" type="radio"/> Déambulateur	<input checked="" type="radio"/> Canne		
<input checked="" type="radio"/> Orthèse, prothèse (préciser)			
<input checked="" type="radio"/> Fauteuil roulant manuel	<input checked="" type="radio"/> Fauteuil roulant électrique		
<input checked="" type="radio"/> Autre (scooter...) (préciser)			
Appareillage visuel			
<input checked="" type="radio"/> Télé-agrandisseur	<input checked="" type="radio"/> Terminal - braille		
<input checked="" type="radio"/> Logiciel basse vision	<input checked="" type="radio"/> Loupe		
<input checked="" type="radio"/> Logiciel de synthèse vocale			

Alimentation/élimination	<input type="radio"/> Gastro ou jéjunostomie d'alimentation <input type="radio"/> Stomie digestive d'élimination <input type="radio"/> Sonde urinaire	<input type="radio"/> Stomie urinaire
Aides respiratoires		
	<input type="radio"/> Trachéotomie	<input type="radio"/> O2
<input type="radio"/> Appareil de ventilation (<i>préciser</i>)		
Aide à la parole		
	<input type="radio"/> Prothèse phonatoire	
Autre appareillage		

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) _____

6 – RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

• Modalités d'utilisation des aides techniques

			Fréquence d'utilisation
Cannes	<input type="radio"/> En intérieur	<input type="radio"/> En extérieur	
Déambulateur	<input type="radio"/> En intérieur	<input type="radio"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	<input type="radio"/> En intérieur	<input type="radio"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	<input type="radio"/> En intérieur	<input type="radio"/> En extérieur	

Ralentissement moteur ... oui non Besoin de pauses ... oui non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs ... oui non

7 – REMARQUES OU OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES SI BESOIN

27

8 – COORDONNEES ET SIGNATURES

Docteur _____

☞ Médecin traitant ... oui non

Adresse postale _____

Téléphone : 03 88 18 61 89 - Email : info@laliberte.com

Mail

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le _____

Fait à _____

Signature