



**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS EXAMINE**

### DOSSIER DE CANDIDATURE

Etablissement souhaité :  BAZOUGES LA PEROUSE  TREMBLAY  
Visite faite le (obligatoire avant le dépôt du dossier) :  
..... à BAZOUGES LA PEROUSE  
..... à TREMBLAY

**Photo**

*Photocopie  
acceptée*

CANDIDAT

**Nom et prénom :**

**Date** de naissance

**Lieu** de naissance :

Vit  seul (e)  dans un établissement  en accueil familial

dans sa famille (préciser le lien de parenté)

Adresse actuelle de la personne :

N° sécurité sociale :

Caisse :

1. Mesure de protection :

Mesure de protection juridique  oui  non  demande en cours

Curatelle simple :  Curatelle renforcée :  Tutelle :

Date du jugement :

Nom du représentant légal :

Adresse du mandataire :

Numéro de téléphone du mandataire :

Adresse mail du mandataire :

2. Suivi social

S'il y a lieu, assistant(e) social (e) assurant le suivi social :

Nom et prénom :

N° de téléphone/fax :

Adresse :

Adresse mail de l'assistante sociale :

ORIENTATION MDPH- FOA

Oui jusqu'en .....  non

demande en cours (préciser la date de la demande)

Carte invalidité  oui  non

---

FAMILLE et RELATIONS SOCIALES

Situation familiale :  célibataire  marié (e)  veuf (ve)  divorcé (e)

1. si marié(e), veuf (ve) ou divorcé(e) : (**Nom, prénom, âge, adresse**, numéro de téléphone)

.....  
.....

2. Enfant(s) : (**Nom, prénom, âge, adresse**, numéro de téléphone)

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

3. Parents : (**Nom, prénom, âge, adresse**, numéro de téléphone)

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

Autres membres de la famille ou relations sociales :

.....  
.....

Qualité des relations familiales :

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

Nom de la personne de confiance : .....

---

PARCOURS PROFESSIONNEL

En activité  oui  non

Préciser tous les métiers ou activités exercés, ainsi que les établissements et dates d'exercice :

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

---

### CAPACITES

Sait lire  oui  non  
Sait lire l'heure  oui  non  
Sait écrire  oui  non  
Sait compter  oui  non

### SCOLARITE

Niveau scolaire :

Diplômes :

---

### ORIENTATION DANS L'ESPACE – TEMPS

Sait s'orienter dans l'espace  oui  non  
Sait gérer seul ses déplacements sans tierce personne :  oui  non  
Sait conduire  oui  non  
Sait utiliser les transports en commun  oui  non  
Si oui, quel type de transport  bus  car  train  métro  
Sait se repérer dans le temps  oui  non

---

### VIE QUOTIDIENNE

	Autonome	A stimuler	A accompagner
Réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait choisir seul ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coiffage Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du lieu de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitudes de vie :			

.....

.....  
.....  
.....  
Porte lunettes :  oui  non

Porte appareil auditif :  oui  non

---

GESTION DE L'ARGENT

	Autonome	A stimuler	A accompagner
Sait utiliser les espèces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait utiliser un chéquier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait utiliser une carte bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait réaliser des achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habitudes de vie (montant argent de poche, fréquence distribution, banque fréquentée, etc.) :

---

ALIMENTATION

Mange sans aide  oui  non

Suit un régime alimentaire  oui  non

Si oui, quel type : .....

Troubles du comportement alimentaire :  oui  non

Si oui, quel type : .....

---

COMPORTEMENT

Manifestation agressive  oui  non

Envers lui-même  oui  non

Envers les autres  oui  non

Conduites addictives  oui  non

Si oui, lesquelles (ex : tabac, alcool, café, soda, toxiques, etc.) :

.....  
.....  
Sevré à ce jour :  oui  non

La personne a-t-elle fait l'objet d'un dépôt de plainte :  oui  non

Affaires judiciaires en cours :  oui  non

SUIVI MEDICAL

Généraliste :  oui  non Si oui, nom : .....

Psychiatrique :  oui       non      Si oui, nom : .....

Gynécologue :  oui       non      Si oui, nom : .....

Cardiologue :  oui       non      Si oui, nom : .....

Autre : .....

Dates des dernières hospitalisations (préciser l'établissement et si possible, le motif) :

.....

.....

.....

.....

---

#### TRAITEMENT

Traitement  oui       non

Autonome dans la prise du traitement  oui       non

Contraceptif  oui       non

**Joindre la dernière ordonnance**

---

#### LOISIRS

Pratique des activités en semaine  oui       non

Si oui, lesquelles et à quel rythme :

Part en week-end :  oui       non

Si oui, avec qui et à quelle fréquence :

Part en vacances  oui       non

Si oui, avec qui et à quelles périodes de l'année :

Habitudes de vie :

.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêt/Sport :

.....

.....

.....

.....

Quel(s) atelier(s) la personne souhaiterait intégrer ?

- .
- .
- .

---

**DOCUMENT A FOURNIR**



- 1. Rapport social**
- 2. Orientation de la MDPH**
- 3. Ordonnance en cours**

**NOM :**

**PRENOM :**

LIEN SOCIAL

Personne de confiance :

Tél :

SERVICE DE SOINS

IDE de secteur :

Tél :

MEDECIN Généraliste

Nom :

Tél :

MEDECIN Psychiatre

Nom :

Tél :

SERVICES SOCIAUX

Référent :

Adresse :

Tél :

OPHTALMOLOGUE

Nom :

Tél :

GYNECOLOGUE

Nom :

Tél :

ORTHOPHONISTE

Nom

Tél

DENTISTE

Nom

Tél :

AUTRES SPECIALITES

Mandataire Judiciaire

Nom :

Association :

Tél :

Adresse

Adresse mail :

AMBULANCIER

Nom :

Tél :

KINESITHERAPEUTE

Nom

Tél :

FAMILLE

Nom/Prénom :

Lien parenté :

Tél :

Nom/Prénom :

Lien parenté :

Tél :

Nom/Prénom :

Lien parenté :

Tél :

## PARCOURS DE VIE DU CANDIDAT

A series of horizontal dotted lines for writing.



## PROJET DE VIE DU CANDIDAT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSENTEMENT DU CANDIDAT (Texte à recopier et à signer par le candidat) :



Dossier refusé en l'absence de cette mention

*Je soussigné, (nom et prénom), accepte de déposer mon dossier d'inscription dans votre établissement*

### **EN ANNEXE, JOINDRE LES SYNTHÈSES OU BILANS RÉALISÉS PAR LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRES DU CANDIDAT**

Nom, prénom et qualité du DEMANDEUR :

Adresse

Tél :

fax :

E-mail :

Date :

Signature :



**Foyer De Vie « le chemin des îles » 20 rue vincent grelle - 35460 TREMBLAY**  
**☎ 02.99.98.20.11 / Fax : 02.99.98.23.99 E-mail : c.kerbert@chmb.fr**



**Foyer de vie « Le village » 9, Av de COMBOURG - 35560 BAZOUGES LA PEROUSE**  
**☎ 02 99.97.44.20 / Fax 02.99.97.47.50 E-mail : cadre @fv-bazouges.fr**

**FICHE MEDICO-SOCIALE  
 EN VUE D'UNE ADMISSION  
 (A compléter par le médecin PSYCHIATRE)**

NOM..... NOM DE JEUNE FILLE .....  
 PRENOM.....

*Je soussigné(e), Docteur ....., certifie que*

*M..... est stabilisé(e) dans les troubles du comportement.*

*M'engage à poursuivre le suivi psychiatrique durant le stage au foyer de vie de vie Tremblay/Bazouges (rayer la mention inutile) ; stage de 4 mois.*

*Assurera la liaison du dossier en cas d'arrêt du suivi psychiatrique.*

*M'engage à organiser une hospitalisation en cas d'exclusion du foyer durant la période de stage.*

*A..... le .....  
 Cachet et signature*

**ASPECT PSYCHIATRIQUE**

Existe-t-il un suivi par un psychiatre ? OUI  NON

Si oui, depuis le .....

Nom de l'établissement :..... Secteur :.....

Nom/adresse/numéro de téléphone du psychiatre :

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

Engagement du psychiatre à poursuivre le suivi après la période de stage :

OUI  NON

**Joindre l'historique de la pathologie**

**Joindre l'historique des hospitalisations**

**DIAGNOSTIC DU HANDICAP**

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

**TROUBLES ASSOCIES**

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





**FICHE MEDICO-SOCIALE  
 EN VUE D'UNE ADMISSION  
 (A compléter par le médecin GENERALISTE)**

NOM..... NOM DE JEUNE FILLE .....  
 PRENOM.....

**EXAMEN MEDICAL**

Poids : ..... Taille .....  
 Vaccination antitétanique : date ..... autres .....  
 Maladies infectieuses (tests effectués) : .....

*Je soussigné(e), Docteur ....., certifie que*

*M..... ne présente actuellement aucun signe*

*d'affection contagieuse.*

*A..... le .....*

*Cachet et signature*

**APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE**

T.A	.....	Pouls	.....
Trouble du rythme	.....	ECG	.....
Insuffisance coronarienne	.....	Cardiopathie	.....

### APPAREIL PULMONAIRE

Pneumopathie .....

Cliché thoracique ..... Intradermo réaction.....

Apnée du sommeil : oui  non  Appareillage : oui  non

Antécédents tuberculeux : oui  non

### APPAREIL DIGESTIF

Appétit ..... Vomissements fréquents.....

Troubles du transit intestinal ..... Ulcère gastro-duodéal.....

Diabète ..... Problème dentaire .....

Régime alimentaire (joindre ordonnance) :

### APPAREIL NEUROLOGIQUE

Séquelles d'accidents cérébraux ..... Séquelles accident vasculaire .....

Aphasie ..... Troubles de l'équilibre .....

Troubles moteurs .....

Autres troubles (lombalgies, etc....)  
.....  
.....

Incontinence urinaire : oui  non  Incontinence fécale : oui  non

### APPAREIL GENITO-URINAIRE

Anomalies .....

Contraception (si oui laquelle ?).....

### DERMATOLOGIE

Allergie cutanée .....

Affection dermatologique .....

### ANOMALIES BIOLOGIQUES – PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Déficit sensoriel  surdité  cécité   
Appareillage : oui  non  Prothèses : oui  non

Déficit moteur ; Appareillage : oui  non   
Déficit métabolique ; oui  non  préciser :.....

Affection hématologique ..... anomalie biologique.....

**ADDICTIONS**

**Tabac** : oui  non       **Alcool** : oui  non

Autres

.....  
.....

**INDICATIONS PARTICULIERES**

Risques graves à surveiller (ex : allergie, préventions particulières, soins, habitudes alimentaires, etc...)

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

Troubles du langage : oui  non

Si oui, décrire le mode de communication :

.....  
.....

Troubles de l'apprentissage : oui  non

.....  
.....

**Joindre l'historique de la santé du patient**