|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Fiche N° 1 |

**DATE D’INSCRIPTION** : ……….………

**FICHE ADMINISTRATIVE DU RESIDENT**

**NOM : Prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse actuelle :**

**Tél. :**

**Numéro de Sécurité Sociale :**

**NATURE DE LA DEMANDE :**

* ACCUEIL TEMPORAIRE : 🞏
  + Objectifs de l’accueil temporaire
* Observation avant le choix d’un établissement
* Confirmation du choix d’un établissement de type MAS
* Aide aux aidants familiaux
* Séjour de rupture
* Séjour répit
* Séjour d’essai en vue d’une admission définitive
* Objectifs recherchés dans cet accueil :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INITIATIVE DE LA DEMANDE :** (vous pouvez cocher plusieurs cases)

* Du résident
* Tuteur Famille
* Établissement d’accueil actuel

**PERSONNE REFERENTE**  du dossier dans l’établissement d’origine (à compléter de manière obligatoire)

Nom : Prénom :

Tél : Mail :

Fonction :

**SITUATION FAMILIALE :**

**PERE :**

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. :

**MERE :**

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. :

**FRATRIE :**

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :**

SAUVEGARDE DE JUSTICE : 🞏 CURATELLE : 🞏 TUTELLE : 🞏

DEMANDE EN COURS D’INSTRUCTION : 🞏

Personne / Organisme responsable de la mesure :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Durant l’accueil temporaire. Souhaitez-vous être contacté en cas d’urgence

Oui 🞏 non 🞏

A quel moment : Jusqu’à quelle heure : Toute la nuit :

**ORIENTATION CDAPH :**

* Placement en MAS Date de validité :
* Autre Date de validité :
* En cours d’instruction (indiquer l’orientation demandée) :

**ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ :**

* Oui Date de validité :
* Non
* En cours d’instruction

**CARTE D’INVALIDITÉ :**

* Oui Date de validité :
* Non
* En cours d’instruction

**HÉBERGEMENTS ANTÉRIEURS EN ÉTABLISSEMENT :**

(Y compris en Accueil Temporaire)

- Établissement :

Périodes :

- Établissement :

Périodes :

- Établissement :

Périodes :

**OBLIGATOIRE** Le jour de l’arrivée

Carte vitale

Ordonnance et traitement dans un pilulier sécurisé au nom du résident

Ordonnance de contention

Ordonnance de régime particulier

Date d’entrée de la personne dans l’établissement de provenance :

N° finess de l’établissement :