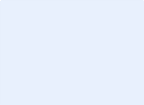
**VOLET ADMINISTRATIF**

**Document complété le** :  ****

*Photo récente*

1. **candidat à la pre-inscription**

**Nom :  Prénom :** ****

**Nom de naissance :** ** Adresse :** 

**Téléphone fixe :**  ** Portable :** ****

**Adresse mail :** ** Sexe : ☐** Homme **☐** Femme

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Date et lieu de naissance :** **** à ****

**Pays : ☐ France ☐ Autre, précisez : **

**Situation familiale actuelle : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Vie Maritale ☐ Pacs ☐ Divorcé ☐ Veuf/Veuve**

**Nom / Prénom du conjoint** : ****

**Enfant : ☐ OUI ☐ NON** Si oui, nombre d’enfants : **,** âge des enfants**:** 

**Personne(s) à joindre en cas d’urgence :**

**Nom :  Prénom : ** **Téléphone :** ****

**Nom :  Prénom : **  **Téléphone :**  ****

1. **situation administrative – dossier comission des droits et de l’AUTONOMIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE (CDApH)**

**CDAPH n° de dossier :  Département CDAPH** : ** Date de validité** : **** **Décision d’orientation** : **☐ MAS ☐ FAM ☐ Foyer de vie** **☐ Autre, précisez** : ****

***(Joindre une copie d’orientation à jour)***

**☐ Accueil permanent** **☐ Accueil temporaire** **☐ Accueil de jour** **☐ Autre, précisez** : ****

1. **LA DEMANDE (JOINDRE LA NOTIFICATION MDPH/mda)**

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Accueil permanent** | **Accueil de jour** | **Accueil temporaire** | **Autre,**  **précisez** |
| **Entrée en FAM (Foyer d’Accueil Médicalisé)** | **☐** | **☐** | **☐** |  |
| **Entrée en MAS (Maison d’Accueil Spécialisée)** | **☐** | **☐** | **☐** |  |
| **Entrée en foyer de vie** | **☐** | **☐** | **☐** |  |
| **Échange inter-établissement** | **☐** | **☐** | **☐** |  |
| **Autre,**  **précisez** |  |  |  |  |

1. **initiative de LA DEMANDE**

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*

**☐ Résident ☐ Représentant légal ☐ Famille ☐ Etablissement d’accueil actuel,** lequel **: **

**☐ Autre, précisez : **

**Le dossier est complété par : Nom/Prénom : ☐ Mr ☐ Mme **

**En qualité de : **

**Demeurant à (adresse complète) :** 

**Téléphone fixe :  Portable : **

**Mail : **

**Contexte/Motif de la demande d’admission** (*exemple : séjour de répit, séjour de rupture, confirmation du choix d’un établissement, observations avant le choix d’un établissement, etc…)***:**



1. **personne a contacter pour l’etude du dossier**

*(Les personnes peuvent être contactées pour un complément d’information)*

**Nom/Prénom :  Téléphone : **

**Mail :  Nature du lien (père, mère, ami(e)…) : **

**Représentant légal : ☐** OUI **☐** NON

1. **SITUATION ACTUELLE**

**La personne est :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Établissement/ Service** | **Adresse** | **Tél** | **Mail** |
| **Hospitalisée** |  |  |  |  |
| **A domicile** |  |  |  |  |
| **En établissement spécialisé** |  |  |  |  |
| **En famille d’accueil** |  |  |  |  |
| **Autre, précisez** |  |  |  |  |

**ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :**

**☐ Naissance**

**☐ Accident** Date :  Précisez les circonstances : 

**☐ Pathologie/Maladie** Date :  Précisez la pathologie : 

**☐ Autre, précisez :** 

1. **mesure de protection juridique**

**☐ Sans mesure ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Co-tutelle ☐ Sauvegarde de justice**

**☐ Mesure en cours**

**Date de fin de validité de la mesure de protection :** 

**Assurée par :**

**Nom/Prénom :**  **Lien de parenté ou organisme :** 

**Adresse :** 

**Téléphone :**  **Portable :** 

**Mail :** 

1. **Parcours scolaire ou en etablissement specialise et parcours professionnel**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEES** | **TYPE ETABLISSEMENT OU EMPLOYEUR** |
|  |  |