



Foyers de vie
 « **MARIE BALAVENNE** »

Questembert / Saint Vincent Sur Oust

Dossier d'inscription

Concernant Monsieur, Madame, Mademoiselle (1)

NOM :

Prénoms :

Demande une inscription en :

Interne : Externe Interne et Externe :

Sur le foyer de vie de :

Questembert : Saint Vincent Sur Oust Questembert et Saint Vincent sur Oust :

(1) Rayer les mentions inutiles

Foyers de vie « MARIE BALAVENNE » - 2 Allée Marie Balavenne - BP30058 - 56230 QUESTEMBERG Cedex

☎ 02 97 49 08 64 ☎ 02 97 49 08 39 e-mail : mariebalavenne@wanadoo.fr

Association loi 1901 - Siret 482 241 775 00030 - Code APE 913E

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

L'INTERESSE(E)

Nom

Prénom

Date de naissance :à

Photo

A coller ici

Adresse actuelle :

Situation de famille : Célibataire : Marié(e) Séparé (e) :

Divorcé (e) : Veuf (ve)

Si conjoint :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Profession :

Si enfants :

NOM	Prénoms	Date de naissance

INFORMATION CONCERNANT LA FAMILLE
--

PERE :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Profession :

Situation familiale des parents :

Mariée Divorcée : Remariée : Veuve Séparée : Décédée : le

Si remariée :

Nom du conjoint :

Prénom :

Profession :

MERE :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Profession :

Situation familiale des parents :

Marié

Divorcé :

Remarié :

Veuf

Séparé :

Décédé : le

Si remarié :

Nom du conjoint :

Prénom :

Profession :

FRATIE :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

.....

.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Situation de famille :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

.....

.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Situation de famille :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

.....
.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Situation de famille :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

.....
.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Situation de famille :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

.....
.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email :

Situation de famille :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

➤ Orientation **CDAPH** : orientation foyer de vie

Date : du

(joindre copie de la décision)

➤ **CAF** :

N° allocataire :

Date de la décision AAH :

Valable du

Taux d'incapacité :

Bénéficiez-vous d'une allocation logement ? OUI NON

(joindre copie de la décision)

➤ **MESURE DE PROTECTION**

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? OUI NON

Si oui, date de la décision

(joindre une copie du jugement)

Nature : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou curateur :

.....

Lien de parenté :

➤ **SECURITE SOCIALE** : (joindre une copie de la carte vitale)

Caisse :

Adresse :

N° identification Sécurité Sociale :

100 % : OUI NON

➤ **MUTUELLE** : (joindre une copie de la carte)

Assuré : Nom Prénom :

Bénéficiaire Ayant droit

N° d'affiliation :

Organisme :

Adresse :

Téléphone :

CURRICULUM VITAE

➤ **SCOLARITE**

Durée, niveau, diplômes :

➤ **EMPLOIS PRECEDENTS**

Durée, dates, employeurs, postes occupés :

➤ **PLACEMENTS ANTERIEURS**

Durée, dates, adresses des établissements :

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Docteur :

Adresse :

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Bénéficiez-vous de soins paramédicaux :

- Kinésithérapie OUI NON Si oui, fréquence/semaine
- Infirmiers OUI NON Si oui, fréquence/semaine
- Orthophonie OUI NON Si oui, fréquence/semaine
- Ergothérapie OUI NON Si oui, fréquence/semaine

Avez-vous un traitement médical : OUI NON

Si oui, précisez :

Autonomie :

Dans la vie de tous les jours, pouvez-vous :

- Lire OUI NON Partiellement
- Ecrire OUI NON Partiellement
- Téléphoner OUI NON Partiellement
- Utiliser une télécommande OUI NON Partiellement
- Utiliser un ordinateur OUI NON Partiellement
- Relation/Communication OUI NON Partiellement

Avez-vous des difficultés de mémorisations OUI NON Partiellement

Avez-vous des difficultés de compréhension OUI NON Partiellement

Pouvez-vous vous exprimer oralement OUI NON Partiellement

Comportement :

- Avez-vous besoin d'être stimulé (e) OUI NON
- Etes-vous facilement fatigable OUI NON
- Etes-vous irritable OUI NON
- Avez-vous tendance à vous perdre OUI NON

Foyers de vie « MARIE BALAVENNE » - 2 Allée Marie Balavenne - BP30058 - 56230 QUESTEMBERG Cedex

☎ 02 97 49 08 64 📠 02 97 49 08 39 e-mail : mariebalavenne@wanadoo.fr

Association loi 1901 - Siret 482 241 775 00030 - Code APE 913E

REPAS

➤ MANGER

Seule avec aide partielle avec aide totale avec stimulation

➤ BOIRE

Seule avec aide partielle avec aide totale avec stimulation

➤ FAUSSES ROUTES

OUI NON

➤ REGIME

OUI NON

Si oui :

Normal	<input type="checkbox"/>	Hypocalorique	<input type="checkbox"/>
Diabétique	<input type="checkbox"/>	Sans sel	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	Hyperprotidique	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>		

TOILETTE - HABILLEMENT

➤ TOILETTE

Faire sa toilette	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	stimulé(e) <input type="checkbox"/>
Toilette du visage	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	stimulé(e) <input type="checkbox"/>
Rasage	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	stimulé(e) <input type="checkbox"/>
Toilette complète	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	stimulé(e) <input type="checkbox"/>

➤ AUTRES SOINS :

.....

.....

.....

.....

.....

➤ HABILLEMENT

S'habiller	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	stimulé(e) <input type="checkbox"/>
Se déshabiller	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	stimulé(e) <input type="checkbox"/>

DEPLACEMENT - LOCOMOTION

➤ DEPLACEMENT

Se déplacer	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>
Se coucher	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>
Se lever	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>

Responsable légal

Nom : Prénom :

Date : Signature