



PHOTO D'IDENTITE  
*Obligatoire*

C  
O  
N  
F  
I  
D  
E  
N  
T  
I  
E  
L

## ALAGH

1661 Avenue Raymond Pinchard  
54000 NANCY

Tél. : 03.83.93.49.99 - Fax. : 03.83.93.49.98

E-mail : [contact@alagh.org](mailto:contact@alagh.org)

Site : <http://www.alagh.fr>

### RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS CONCERNANT : \_\_\_\_\_

#### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

<p>FOYER MEDICALISE ACCUEIL DE JOUR</p> <p>1661, Avenue Raymond Pinchard 54000 NANCY</p>	<p>MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE (Accueil Permanent et Temporaire limité à 90 jours / an)</p> <p>1661, Avenue Raymond Pinchard 54000 NANCY</p>
--	---

I - Renseignements Administratifs

II - Renseignements Sociaux

*Pages*

2 - 3 - 4 - 5 - 6

7 - 8 - 9 - 10

# I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



## IDENTITE

- NOM D'USAGE \_\_\_\_\_ - NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

- PRENOM (S) \_\_\_\_\_

- DOMICILE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. TELEPHONE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Date de Naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| - Lieu de Naissance \_\_\_\_\_

- Département |\_|\_| - Pays \_\_\_\_\_

- Nationalité \_\_\_\_\_ - Sexe : - Féminin  - Masculin

## SITUATION DE FAMILLE

- Célibataire  - Marié (e)  - PaCS ou concubinage   
- Divorcé (e)  - Veuf (ve)  - Autre  \_\_\_\_\_

- CONJOINT . Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_

. Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. Profession \_\_\_\_\_

- Nombre d'enfants |\_|\_| - Nombre d'enfants à charge |\_|\_|

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- PARENTS . Nom du Père \_\_\_\_\_ . Nom de Mère \_\_\_\_\_

. Année nais. |\_|\_| . Année nais. |\_|\_|

. Vivant  . Vivant

. Décédé  Date \_\_\_\_\_ . Décédée  Date \_\_\_\_\_

- FRERES ET SCEURS - Nombre de frères et sœurs |\_|\_|

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## - A DEFAUT, FAMILLE LA PLUS PROCHE :

. Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_

. Domicile \_\_\_\_\_

. Tél |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| . Lien de parenté \_\_\_\_\_

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE



.Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Parenté \_\_\_\_\_

.Adresse \_\_\_\_\_

. TEL DOM : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. TEL TRAV : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. PORTABLE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

.Nom \_\_\_\_\_ . Prénom \_\_\_\_\_ . Parenté \_\_\_\_\_

.Adresse \_\_\_\_\_

. TEL DOM : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. TEL TRAV : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. PORTABLE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## PROTECTION JURIDIQUE

- MESURE DE TUTELLE Oui  Non

- MESURE DE CURATELLE Oui  Non

- DATE DU JUGEMENT \_\_\_\_\_ TRIBUNAL DE : \_\_\_\_\_

. Nom, Adresse du Tuteur ou Curateur \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## COUVERTURE SOCIALE

- NOM ET ADRESSE DE VOTRE ORGANISME DE PRISE EN CHARGE  
\_\_\_\_\_

. TELEPHONE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- N° D'IMMATRICULATION : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Affection Longue Durée :  oui  non

100 % invalidité : - CMU de base  oui  non

- CMU Complémentaire  oui  non

. Assuré  . Ayant Droit

. Nom et Prénom de la Personne dont dépend l'Ayant Droit  
\_\_\_\_\_

. Qualité \_\_\_\_\_

**COUVERTURE SOCIALE (suite)**

- NOM ET ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE OU ASSURANCE PRIVEE

\_\_\_\_\_

. TELEPHONE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. NUMERO D'ADHERENT |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- ADRESSE CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE

\_\_\_\_\_

. TELEPHONE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- NUMERO D'ALLOCATAIRE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- REFERENCE DU SERVICE SOCIAL EXTERIEUR (Nom, Adresse)

\_\_\_\_\_

. TELEPHONE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**DECISIONS DE LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES - Anciennement COTOREP -**

. ADRESSE DE LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

\_\_\_\_\_

. TELEPHONE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

. NUMERO DE DOSSIER |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**ORIENTATION EN ETABLISSEMENT**

- Orientation Maison d'Accueil Spécialisée

. Séjour Permanent

. Séjour Temporaire

. Date de validité Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

- Orientation Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour

. OUI

. NON

. Date de validité Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

**CARTES**

- Carte d'invalidité . OUI  . NON  TAUX %

- Carte de stationnement . OUI  . NON



Scolarité - Education	
<b>Primaire :</b>	<b>Date et Lieu de l'établissement :</b>
<b>Secondaire :</b>	<b>Date et Lieu de l'établissement :</b>

ETUDES - DIPLOMES OBTENUS - PROFESSIONS

ETUDES	DIPLOMES - DATES

METIER (s) EXERCE (S)

QUALIFICATION	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	DATE de début de contrat	DATE de fin de contrat	MOTIF de fin de contrat

- AVEZ-VOUS SEJOURNE(E) DANS UN ETABLISSEMENT D'EDUCATION,  
D'ACCUEIL OU DE SOINS POUR PERSONNES HANDICAPEES ?

. OUI

. NON



Si OUI, LESQUELS ?

DATE	NOM DES ETABLISSEMENTS

## RESSOURCES

Bénéficiez-vous de ressources financières ?

OUI

NON

- Indemnités journalières

OUI

NON

Montant mensuel \_\_\_\_\_

- Pension invalidité

OUI

NON

Catégorie

1

2

3

Montant mensuel \_\_\_\_\_

- Rente Accident du Travail

OUI

NON

Montant mensuel \_\_\_\_\_

- Allocation Adulte Handicapé (AAH)

OUI

NON

Date de décision d'attribution AAH COTOREP ou CDAPH \_\_\_\_\_

Valable du \_\_\_\_\_

Au \_\_\_\_\_

- Rente et pensions diverses privés

OUI

NON

Montant mensuel \_\_\_\_\_

## II - RENSEIGNEMENTS SOCIAUX



- NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

- MODE DE VIE ACTUEL :

---

---

---

- URGENCE EVENTUELLE DE L'ADMISSION ET SES RAISONS :

---

---

- QU'ATTENDEZ-VOUS DE VOTRE FUTUR PLACEMENT :

---

---

---

- LES RETOURS EN FAMILLE POUR LES WEEK-ENDS PEUVENT-ILS ETRE ENVISAGES  
(ne concerne pas l'Accueil de Jour)

. OUI  . Fréquence possible : \_\_\_\_\_ . NON  . Quels sont les obstacles à ce retour ?

---

- ACCES AU DOMICILE : (Concerne les demandes d'admission au Foyer d'Accueil de Jour )

Y-a-t-il un obstacle architectural pour entrer et sortir du domicile ? . OUI  . NON

(Description des éventuelles difficultés d'accessibilité au domicile).

. Escaliers

. Autres

. Largeur de portes

(pente, terrain accidenté, obstacles...)

Des Travaux améliorant l'accessibilité sont-ils réalisables ? \*

---

---

\* **Nota** : Le Service Transport de l'Accueil de Jour ne prévoit ni manutention pour  
Passage d'obstacle ni port de charge

**- QUE DEMANDEZ-VOUS ?**

**ACCUEIL EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE :**

. Des séjours temporaires ? . OUI  . NON

(maximum 90 jours par an)

**Si OUI :** - Durée :

- Fréquence :

. Un séjour permanent ? . OUI  . NON

(pension complète à l'année)

**ACCUEIL EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE DE JOUR :**

. Un Accueil de Jour . OUI  . NON

. Si oui, combien de jours par semaine (maximum 4 jours) ? : \_\_\_\_\_



**- Quelles sont vos activités actuelles ?**

**- Quel type d'activités aimeriez-vous exercer ?**

**- Dans le cas où vous ne possédez plus de domicile,**

**Veillez indiquer l'adresse du dernier domicile que vous avez occupé.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- OBSERVATIONS :



---

---

---

---

---

FAIT LE :

A :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

## LISTE DES PIÈCES À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVEC LE DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

- . Copie de la notification CDAPH d'orientation en établissement
- . Copie de la carte d'identité ou du livret de famille
- . Mesure de protection juridique (*s'il y a lieu*)