



# LE SOLIS

Service résidentiel occupationnel  
pour adultes en situation de handicap mental et/ou psychique



## Dossier d'admission



## DOSSIER D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

### **Vous souhaitez intégrer le foyer de vie LE SOLIS.**

Dans ce cas, il vous suffit de compléter le dossier d'admission que vous trouverez ci-joint. Il est composé d'une partie administrative, comportementale et médicale. Le volet médical est confidentiel et sera examiné par notre médecin dès réception du dossier.

Vous trouverez également une liste détaillée de documents à fournir en vue d'une admission ainsi qu'un trousseau de vêtements à constituer pour le jour de l'entrée.

Nous restons à votre entière disposition pour toute demande d'information complémentaire.

En attendant de vous compter parmi nous, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.





**1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**CANDIDAT :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Lieu de naissance : .....  
Célibataire - Marié - Divorcé - Séparé - Pacsé - Veuf (biffer les mentions inutiles)

**REPRÉSENTANT LÉGAL :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse mail : .....

**MEMBRES DE LA FAMILLE :**

**PÈRE**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse mail : .....

**MÈRE**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse mail : .....

**FRATRIE**

Nom - prénom	Date de naissance	Adresse
	...../...../.....	
	...../...../.....	
	...../...../.....	
	...../...../.....	
	...../...../.....	



## 2. RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

La personne est sous tutelle – curatelle (biffer la mention inutile)

Nom de l'organisme de tutelle – curatelle ou du tuteur – curateur :

.....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse mail : .....

Coordonnées des assistants sociaux ayant collaboré pour le suivi du dossier d'admission:

.....

.....

.....

Numéro de sécurité sociale du candidat :

.....

Prise en charge valable jusqu'au : .....



---

## CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Adresse : .....

Nom et prénom de l'assuré : .....

Numéro d'adhérent : .....

## CAISSE OU ORGANISME DE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Valable du ...../...../..... au ...../...../.....

Numéro d'adhérent : .....

## NOTIFICATION MDPH

Orientation:       FO       FAM       MAS

Valable du ...../...../..... au ...../...../.....

## NOTIFICATION DE L'AIDE SOCIALE

Valable du ...../...../..... au ...../...../.....

## TITULAIRE D'UNE CARTE D'INVALIDITE

Pourcentage : .....

Mentions : .....



**3. PORTRAIT DU CANDIDAT**

A vécu en famille du ...../...../..... au ...../...../.....

A vécu en famille d'accueil du ...../...../..... au ...../...../.....

A vécu en institution :

Lieu : ..... du ...../...../..... au ...../...../.....

Lieu : ..... du ...../...../..... au ...../...../.....

Lieu : ..... du ...../...../..... au ...../...../.....

Lieu : ..... du ...../...../..... au ...../...../.....

La personne peut-elle séjourner dans une chambre double ?  OUI  NON

**DESCRIPTION**

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

**HABITUDES OU RITUELS**

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



---

## ACTIVITÉS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## CAPACITÉS

### ALIMENTATION

- S'alimente seul
- S'alimente s'il est stimulé
- S'alimente avec aide partielle
- S'alimente avec aide totale

### TYPE D'ALIMENTATION

- Normal
- Régime (à préciser) :

.....

.....

- Haché
- Mixé
- Avec sonde

Aime :

.....

.....

N'aime pas :

.....

.....



## LOCOMOTION

Se lève et se couche :

- Seul
- Avec aide
- Ne peut être levé

## MARCHE

- Seul
- Avec aide au bras
- Avec déambulateur
- Avec une canne
- Avec fauteuil roulant

## SOMMEIL

- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Trouble du sommeil ponctuel circonstancié
- Trouble du sommeil manifeste et régulier

## TOILETTE

Se lave :

- Seul
- Doit être stimulé
- Avec aide partielle
- Avec aide totale

## CONTINENCE URINAIRE

- Complète
- Sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Aucun contrôle





### **CONTINENCE FÉCALE**

- Complète
- Sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Aucun contrôle

### **COMMUNICATION VERBALE**

- S'exprime facilement
- S'exprime avec stimulation
- S'exprime difficilement
- Ne s'exprime pas

### **COMMUNICATION NON-VERBALE**

- Ecrit facilement
- Ecrit avec stimulation
- Ecrit difficilement
- N'écrit pas

### **COMPRÉHENSION**

- Comprend facilement
- Comprend difficilement
- Ne comprend que les phrases et mots simples
- Ne comprend pas



## COMPORTEMENTS INADÉQUATS

### AGRESSIVITÉ

La personne présente-t-elle des comportements d'agressivité

OUI       NON

Si OUI, préciser l'intensité sur une échelle de 1 à 5 (1 TRES FAIBLE, 5 TRES GRANDE)

Auto-agressivité	1	2	3	4	5
Agressivité verbale	1	2	3	4	5
Hétéro-agressivité	1	2	3	4	5
Agressivité sur l'environnement	1	2	3	4	5

### AUTRES PRÉCISIONS ÉVENTUELLES

(DESCRIPTION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS, LES ELEMENTS DECLENCHEURS,  
LES INDICATIONS AFIN DE GERER CES COMPORTEMENTS,...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### SEXUALITÉ

La personne présente-t-elle des comportements sexuels inadéquats

OUI       NON

Si OUI, cochez la ou les cases correspondantes

- Utilise un langage obscène
- Se masturbe en public
- Tente ou fait des attouchements à caractère sexuel sur d'autres personnes
- Accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation
- Tente d'avoir / provoque des relations sexuelles avec des partenaires non consentants



Autres comportements sexuels socialement inadéquats :

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

**FUGUE**

La personne est-elle sujette à des fugues

OUI       NON

Si OUI, cochez les cases correspondantes

- Fugues involontaires (errances)
- Fugues délibérées
- Retours spontanés
- Risques importants de mise en danger durant la fugue

**4. RENSEIGNEMENT MÉDICAUX**

**PATIENT**

Nom : .....

Prénom : .....

Taille : .....

Poids : .....

Groupe sanguin : .....

Epilepsie :  OUI       Stabilisée : dernière crise le .....

Non stabilisée

NON

Lunettes :  OUI      Problème visuel : .....

NON

Diabète :  OUI       NON

Déficience auditive :  OUI       NON

Contraception :  OUI      type de contraception : .....       NON

Prothèse dentaire :  OUI       NON



---

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ORIGINE DU HANDICAP

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## MEDICATION ACTUELLE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## AFFECTIONS PARTICULIERES

- Hépatite A
- Hépatite C
- Hépatite B
- Sida
- Autres (à préciser) : .....





## HOSPITALISATIONS

DATE	LIEU	OBJET

## VACCINATIONS

Type	Date du dernier rappel



## 5. DOCUMENTS ET TROUSSEAU À FOURNIR

### DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

#### DOCUMENTS RELATIFS AUX DONNÉES ADMINISTRATIVES

- Décision favorable de la MDPH
- Carte d'identité
- Carte vitale
- Documents de mutuelle
- Une copie du jugement de tutelle
- Photos d'identité

#### DOCUMENTS RELATIFS AUX DONNÉES MÉDICALES

- Bilan sanguin récent
- Bilan dentaire et médical de moins de 12 mois
- Rapport psychiatrique de moins de 12 mois
- Prescription médicale
- Médicaments pour 15 jours

#### DOCUMENTS RELATIFS AUX DONNÉES SOCIO-ÉDUCATIVES

- Rapport de comportement récent
- Fiche de liaison d'une éventuelle ancienne institution

Une convention entre l'institution et le représentant légal de la personne accueillie sera contractée lors de l'entrée. Chacune des pages devra être paraphée. Cette convention sera éditée en deux exemplaires, l'une pour l'institution, l'autre pour le représentant légal.

### TROUSSEAU À FOURNIR LORS DE L'ARRIVÉE

- Chaussures de ville
- Baskets ou chaussures de marche
- Pantoufles
- Chaussettes
- Pantalons
- Culottes / slips / soutien-gorge
- Maillot et bonnet de bain
- Pulls d'été / d'hiver
- Manteau d'été
- Manteau d'hiver
- Chapeau/casquette
- Écharpe, gants et bonnet
- Serviettes de bain et gants de toilette
- Pyjama d'été
- Pyjama d'hiver
- Sac de voyage
- Sac à dos

Noter le prénom sur chaque objet pour faciliter les recherches lors des pertes.



## 6. ACCORD PHOTO / VIDÉO

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de présentations officielles, d'expositions ou de fêtes, ou simplement durant les ateliers mis en place, nous aimons photographier et/ou filmer nos résidents afin de pouvoir partager ces moments avec les familles. C'est pourquoi nous nous permettons de vous demander l'autorisation écrite de filmer et photographier votre enfant.

Je soussigné, .....

parent / tuteur (biffer la mention inutile)

de .....

autorise / n'autorise pas l'institution **LE SOLIS**

à utiliser son image à des fins de présentations.

Fait à ....., le .....

Nom et signature