



**CONFIDENTIEL**

**DOSSIER ADMISSION**



**La Cassine 2**

14-17, Place Paul-Henri Jouret  
B-7880 Flobecq  
TEL 00 32 68 33 15 15  
FAX 00 32 68 25 05 49

Siège Social et administratif



**La Cassine 1**

20, Rue des Frères Gabreau  
B-7880 Flobecq  
TEL 00 32 68 44 77 10



**La Cassine 3**

1, Rue George Jouret  
B-7880 Flobecq  
TEL 00 32 68 33 99 17



**La Coupole**

**1. ETAT CIVIL**

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Domicile :

Code postal :

Localité :

Père

Nom du père :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale : célibataire  marié  divorcé  séparé  veuf

Profession :

Domicile :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

Domicile :

Travail :

Mère

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale : célibataire  mariée  divorcée  séparée  veuve

Profession :

Domicile :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

Domicile :

Travail :

La Fratrie

Frère  Sœur

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Domicile :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

Domicile :

Travail :

Frère  Sœur

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Domicile :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

Domicile :

Travail :

Frère  Sœur

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Domicile :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

Domicile :

Travail :

La personne bénéficie t'elle d'une mesure de protection ?

oui  non

Sauvegarde de justice  Administration légale

Tutelle  Tutelle Ad'hoc

Curatelle simple  Curatelle 512

Administration provisoire

• Nom du représentant légal :

• Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

Fax :

• Nom du délégué à la tutelle :

• Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

Fax :

**2. BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE**

a. Antécédents familiaux (faits marquants ...placement...) :

b. Antécédents scolaire (déroulement de la scolarité) :

c. Antécédents institutionnels (lieux .....adresse....téléphone....) :

d. Relation avec la famille (qualité des relations ...attente de la famille.... Attitude quand au projet d'orientation...) :

e. Condition de vie de la famille :

f. Environnement de la personne (service sociaux ou autres connaissant la personne.....nom et adresse) :

g. Relation à l'argent (habitude de fonctionnement....niveau d'autonomie...) :

### 3. **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

a. La personne bénéficie t'elle d'une orientation de la commission des droits et de l'autonomie ?

Foyer de vie

Foyer d'hébergement

Foyer d'accueil médicalisé

Maison d'accueil spécialisée

b. Sécurité sociale :

N° Sécurité sociale :

Nom du bénéficiaire :

Nom et prénom de l'assuré (si différent de celui du bénéficiaire) :

Adresse de l'assuré (si différente de celle du bénéficiaire) :

Nom et adresse de la CPAM :

Localité : Code postal :

Tel :

Fax :

c. Mutuelle :

N° Adhérent :

Nom et adresse de la mutuelle :

Localité : Code postal :

Tel :

Fax :

d. Assurance :

Responsabilité civile n°.....

Nom et adresse de la Compagnie d'Assurances :

Localité : Code postal :

Tel :

Fax :

e. Carte d'identité ou passeport :

n°.....

Valable jusque.....

f. Carte d'invalidité :

n°.....

**4. INFORMATIONS MEDICALES**

Médecin généraliste

Adresse :

Tel :

Médecins spécialistes

Noms	Adresses	Spécialité	Tél.
------	----------	------------	------

Groupe sanguin et rhésus :



i. épilepsie :

crises :       absences               petit mal       grand mal  
                  avec incontinence    de jour               de nuit  
                  .....

la personne sent-elle venir les crises ?

facteur des crises :

bref historique de l'épilepsie :

j. problèmes alimentaires :

k. incontinence :

fécale                               urinaire  
 origine psychique  
 pas de contrôle physiologique

remarques :

l. troubles du sommeil :

m. autres troubles :

La médication :

Matin

Midi

Soir

Coucher

Gynécologie :

Coordonnées du gynécologue :

TEL :

Les règles sont-elles ?     régulières             douloureuses             abondantes

.....

Modes de contraception :

Remarques :

Éléments de santé mentale ou d'ordre psychiatrique :

Remarques :

## **5. ELEMENTS EDUCATIFS ET PRISE EN CHARGE JOURNALIERE.**

### Traits de personnalité

Décrivez en quelques lignes les composantes de la personnalité du résident. Exemples : collaboration, opposition, seuil de frustration, tolérance au changement, intégration, place dans le groupe, agressivité physique et verbale, anxiété, la culpabilité, recherche le contact, conscience du danger,.....

### Formes de communication et langage

## Prise en charge

### a. l'hygiène :

	seul(e)	avec aide	dépendance
se laver à l'évier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prend un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'essuie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fait sa toilette intime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fait les lacets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manipulation d'un robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se lave les mains après activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
va au w-c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'essuie après y avoir été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

### b. Les déplacements :

	seul(e)	avec aide	dépendance
marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déplace en fauteuil roulant			
- à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transfert du fauteuil roulant			
- à une chaise classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à un lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à une baignoire			
capable de franchir une marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déplace sur sol irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peut maintenir la station debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se repère à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se repère à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

c. Le coucher, la nuit, le lever :

	seul(e)	avec aide	dépendance
se lève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'endort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques (rites, habitudes du lever et du coucher, se lève la nuit, difficultés au coucher,...) :

d. Les repas :

	seul(e)	avec aide	dépendance
utilise une fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utilise un couteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utilise une cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coupe sa viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se verse à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beurre le pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
met la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fait la vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

e. Les acquis :

	oui	non	avec aide
notion des valeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
recopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capable de se tenir à une tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
applique une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
notion de futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fait des projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

Loisirs, activités préférées, occupations, habitudes

Éléments psychologiques

Tests psychologiques

Date

Type de test

résultat

N.B. : le présent document peut-être accompagné de rapports, synthèses, certificats,...

Merci pour votre collaboration !