

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION

Accueil permanent

Accueil de jour

Accueil temporaire

La structure MAS « Paul de Magallon » est destinée à recevoir des adultes en situation de plurihandicap ou de polyhandicap avec une capacité de :

- 47 places d'accueil permanent
- 5 places d'accueil de jour (pour des adultes de 18 à 25 ans)
- 1 place d'accueil temporaire

(Durée maximum de 3 mois sur une période de 12 mois avec une possibilité d'accueil séquentiel)

Pour tous renseignements, merci de contacter :

**Centre Médico-Social Lecourbe
Plateforme d'Orientation Sociale
205, rue de Javel
75015 PARIS**

☎ 01.53.68.66.52 – 📠 01.53.68.43.11

E-mail : orientationsocialecmsl@sidparis.com

Pour toute demande d'accueil permanent, une période d'accueil temporaire sera à effectuer par le candidat

Nom du candidat

PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER (Photocopies)

Important :

- Pour toute demande d'admission, un dossier doit être impérativement constitué auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), qui nous envoie une notification d'orientation, nécessaire pour toute admission.
- Les dossiers incomplets ne pourront pas être traités.

- Notification MDPH d'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée
- Notification MDPH d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé
- Carte d'invalidité
- Attestation carte vitale
- Carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Carte d'identité ou carte de séjour
- Contrat d'assurance responsabilité civile
- Jugement de mise sous protection juridique
- Attestation de versement de la Caisse d'Allocations Familiales
- Comptes rendus utiles à l'étude du dossier (projet personnalisé, ...)

D'autre part, nous vous invitons à joindre à ce dossier de candidature les comptes rendus actualisés des différents professionnels en charge du projet actuel de votre enfant (éléments médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs...) ainsi que tout élément susceptible d'apporter des informations utiles au dossier de votre enfant.

Pour tous renseignements, merci de contacter :

Centre Médico-Social Lecourbe
Plateforme d'Orientation Sociale
205, rue de Javel
75015 PARIS
☎ 01.53.68.66.52 – 📠 01.53.68.43.11
E-mail : orientationsocialecmsl@sjdparis.com

Nom du candidat

Dossier Administratif

❖ Fiche d'état civil

Nom : Prénom(s)

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : Département :

Nationalité :

✓ Pièces d'identité :

<input type="checkbox"/>	Passeport	N°	Date de validité :/...../.....
<input type="checkbox"/>	Carte d'identité	N°	Date de validité :/...../.....
<input type="checkbox"/>	Titre de séjour	N°	Date de validité :/...../.....

✓ Conditions de vie actuelle :

Seul(e) En famille En structure médico-social / sanitaire Autres

Nom de la structure d'accueil (le cas échéant)

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

@ E-mail :

Nom du candidat

❖ Renseignement familiaux

✓ **Situation familiale :**

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve) Vie maritale/Pacs

✓ **Conjoint (e):**



Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Département :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable : E-mail :

✓ **Enfants :** Oui Non

Nombre d'enfants à charge :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance

✓ **Mesure de protection juridique :** Oui Non

Si oui, date de mise en place :/...../.....

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice
 Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) : Niveau 1 Niveau 2

Personne ou organisme exerçant la protection :

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable : E-mail :

Nom, adresse et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

.....

❖ Situation administrative

✓ **Sécurité sociale**

N° d'immatriculation :

N° et adresse de la caisse d'assurance maladie :

✓ **Mutuelle** : OUI NON

Nom & Prénom de l'adhérent N° adhérent :

Nom & Adresse de la mutuelle :

✓ **Assurances (nom de l'organisme) :**

Responsabilité civile : N° assuré :

Fauteuil : N° assuré :

✓ **Caisse d'Allocations Familiales :**

N° allocataire CAF :

Adresse de la CAF :

❖ Situation MDPH

✓ **Notification d'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées :**

Oui Non En cours

Maison d'Accueil Spécialisée Foyer d'Accueil Médicalisé Foyer de Vie

SAMSAH SAVS

Valable du au

✓ **Carte d'invalidité**

N° carte : Valable du au

Taux en % de l'incapacité :

Nom du candidat

✓ **Prestation de Compensation du Handicap (PCH) actuelle :**

Oui Non En cours

Si oui : Aide humaine Aide technique Autres (précisez) :

✓ **Personne qui assure l'accompagnement social actuellement :**

Nom : Prénom :

Tél : E-mail

Veillez joindre au dossier social tous les documents administratifs, en cours de validité, en votre possession.

Projet de Vie

❖ Histoire de vie

Parcours :

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

Niveau scolaire :

Dernière classe ou section fréquentée :

Diplôme obtenu (le cas échéant) :

❖ Les habitudes au quotidien (description en quelques lignes des horaires habituels de lever, coucher, repas....) :

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

❖ Les éventuels projets personnels que vous avez et pour lesquels vous souhaiteriez être accompagné(e) par l'équipe pluridisciplinaire afin de les réaliser :

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

Nom du candidat

Dossier psychologique

Mettre une croix dans les cases qui vous correspondent.

❖ Sphère affective et émotionnelle

	Plutôt non	Non	Plutôt oui	Oui
Capacité à gérer la séparation				
Confiance en soi				
Tristesse				
Anxiété				
Agressivité				

❖ Sphère intellectuelle

	Non	Un peu	Certains acquis	Acquis
Repérage dans l'espace et dans le temps				
Mémoire				
Concentration				
Compréhension du langage				
Expression du langage				
Lecture				
Raisonnement				

❖ Sphère relationnelle

	Pas du tout	Un peu	Plutôt oui	Beaucoup
Timidité				
Sociabilité				
Désir de rencontrer des personnes nouvelles				

❖ Sphère comportementale

	Jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent
Agitation				
Manque d'initiative				
Indifférence				
Euphorie				
Fugue				
Repli				
Désinhibition				

Nom du candidat

❖ Coordonnées

➤ Suivi psychologique : Oui Non

✓ **Psychologue**

Nom :	Prénom :
Tél :	E-mail

➤ Suivi psychiatrique : Oui Non

✓ **Psychiatre**

Nom :	Prénom :
Tél :	E-mail

Veillez joindre un bilan psychologique.

Nom du candidat

Dossier rééducation

❖ Kinésithérapie

- ✓ Nombres de séances par semaine :
- Au domicile En cabinet Autres :
- ✓ Verticalisation : Oui Non
- Nombre de fois par semaine :
- ✓ **Kinésithérapeute**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél :	E-mail

Veillez joindre un compte-rendu et bilan du kinésithérapeute.

❖ Ergothérapie

- ✓ Nombres de séances par semaine :
- Au domicile En centre Autres :
- ✓ **Ergothérapeute**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél :	E-mail

- ✓ Ou vivez-vous actuellement (appartement, étage, ascenseur...)?
-
-

Nom du candidat

- ✓ Quelles adaptations possédez-vous pour la vie quotidienne (couverts, assiette, lève-personne...)?

.....

.....

.....

.....

.....

- ✓ Quelles adaptations possédez-vous pour la communication (synthèse vocale, tableau alphabétique, pictogramme...)?

.....

.....

.....

.....

.....

- ✓ Ordinateur (si vous en possédez un, merci de préciser si vous venez avec, les adaptations, si l'accès est standard ou adapté...)

.....

.....

.....

.....

.....

- ✓ Appareillages : (attèles/orthèses de jour, main, pied...) Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom du candidat

- ✓ Fauteuil roulant (électrique ou manuel), précisez s'il est à vous ou en location :

.....
.....

- ✓ Locomotion/transfert/déplacement :

	Oui	Non
Déplacement sur sol plat		
Escaliers		
Propulser un fauteuil		
Périmètre de déplacement		
Déambulateur		
Fauteuil roulant manuel		
Fauteuil roulant électrique		
Conduite standard		
Conduite personnalisée		

- ✓ Remarques

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

Joindre un compte rendu et un bilan de l'ergothérapeute

Nom du candidat

❖ Orthophonie

- ✓ Nombres de séances par semaine :.....
 Au domicile En cabinet Autres :

✓ **Orthophoniste**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Tél :	E-mail

Veillez joindre un compte rendu et bilan de l'orthophoniste.

❖ Psychomotricité

- ✓ Nombres de séances par semaine :.....
 Au domicile En cabinet Autres :

✓ **Psychomotricien**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Tél :	E-mail

❖ Autres

.....

.....

.....

.....

Indépendance fonctionnelle

	Capacité :	Seul = S	Aide partielle = P	Aide totale = T
Toilette	S	<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres	
	P	<input type="checkbox"/> Douche		
	T	<input type="checkbox"/> Bain		
	S	<input type="checkbox"/> Se raser		
	P	<input type="checkbox"/> Se coiffer		
	T	<input type="checkbox"/> Se brosser les dents		
Habillage	S P T	Détails :	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres	
Alimentation	S P T	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hâchée <input type="checkbox"/> Mixée	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Couverts adaptés <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Assiette adaptée <input type="checkbox"/> Verre adapté <input type="checkbox"/> Paille <input type="checkbox"/> Plateau <input type="checkbox"/> Anti-dérapant	
		<input type="checkbox"/> Eau gélifiée <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> Risque fausse route		
		<input type="checkbox"/> Régime :		
Contenance	S P T	<input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne	<input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Pistolet <input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Réhausse WC <input type="checkbox"/> Barre d'appui <input type="checkbox"/> Particularité :	
		<input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale		
Appareillage	S P T	<input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne	Prothèses : <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Dentaire	
		<input type="checkbox"/> Descriptif :		
Transfert	S P T	<input type="checkbox"/> Assis à assis (et inversement)	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Disque/Planche <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Assis à debout (et inversement)		
		<input type="checkbox"/> Assis à coucher (et inversement)		
		<input type="checkbox"/> Debout à coucher (et inversement)		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
Déplacement	S P T	<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Matérielle <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Rollator/Déambulateur <input type="checkbox"/> FRM <input type="checkbox"/> FRE <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Détail :	
		<input type="checkbox"/> Avec aide technique		
		<input type="checkbox"/> En fauteuil roulant		
		<input type="checkbox"/> Risque de chute		
Sommeil	S P T	<input type="checkbox"/> Descriptif :		
Communication	S P T	<input type="checkbox"/> Verbale	<input type="checkbox"/> Synthèse vocale (type) <input type="checkbox"/> Grille/code de communication (détail) <input type="checkbox"/> Autre (détail)	
		<input type="checkbox"/> Non verbale		
		<input type="checkbox"/> Ecrite		
Compréhension	S P T	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Particularités	
		<input type="checkbox"/> Ecrite		

Date :

Nom et Signature :

Nom du candidat

Dossier Médical
(A remplir par le médecin)

❖ Fiche administrative

Nom : Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : Département :

Nationalité :

✓ **Conditions de vie actuelle :**

Seul En famille En structure médico-social / sanitaire Autres

Nom de la structure d'accueil (le cas échéant)

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

@ E-mail :

✓ **Fratrie (précisez si présence d'un handicap) :**

Nom	Prénom	Date de naissance	Observations

❖ Nature du handicap

Pathologie principale à l'origine du handicap :

Code CIM :

Pathologies autres :

❖ **Histoire de la pathologie invalidante (origine, circonstances d'apparition, antécédents médicaux, chirurgicaux, facteurs de gravité, évolutivité,...)**

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

❖ **Description clinique actuelle (précisez le cas échéant, la fréquence des crises, la douleur, l'asthénie, la fatigabilité, la lenteur,...).**

Poids : Taille :
Groupe sanguin : Rhésus :

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

Veillez joindre le (s) compte(s)-rendu(s) médical (aux).

❖ **Perspective d'évolution**

- Stabilité Risque vital Aggravation
 Amélioration Incapacité fluctuante Non définie

❖ **Antécédents médicaux**

✓ Maladies infantiles (cochez les maladies contractées et indiquez l'année)

- Rougeole : ... / ... / Oreillons : ... / ... / Coqueluche : .. / ... /
 Rubéole : ... / ... / Varicelle : ... / ... / Scarlatine : ... / ... /
 Typhoïde : ... / ... / Ictère : ... / ... /

Nom du candidat

✓ Vaccinations (les dates sont indispensables)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> BCG : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antidiphthérique : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antipoliomyélique : .. / ... / |
| <input type="checkbox"/> Antityphique : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antitétanique : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antivaricelleuse : ... / ... / |

❖ Antécédents chirurgicaux

.....

.....

.....

.....

.....

❖ Troubles présentés actuellement

✓ Troubles moteurs :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quatre membres | <input type="checkbox"/> Deux membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Deux membres inférieurs et supérieurs du même côté |
| <input type="checkbox"/> Deux membres inférieurs et un membre supérieur | <input type="checkbox"/> Un seul membre inférieur | |
| <input type="checkbox"/> Spasticité : | | |
| <input type="checkbox"/> Traitements en cours : | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |
| | | |
| | | |

✓ Troubles de la sensibilité :

.....

.....

.....

✓ Troubles sensoriels :

- Visuels, précisez :
- Auditifs, précisez :
- Autres, précisez :

✓ Troubles de la déglutition et/ou de la mastication :

.....

.....

.....

✓ Troubles sphinctériens :

- Incontinence anale : permanente ponctuelle
- Constipation
- Incontinence vésicale : permanente ponctuelle
- Miction par : percussion auto-sondages sondages
- Utilisation d'étui pénien

✓ Troubles des fonctions supérieures :

- Orientation spatio-temporelle :
- Gnosies :
- Praxies :
- Mémoire :
- Compréhension :
- Langage :

✓ Troubles psychiques : Oui Non

Description des troubles :

Suivi psychologique :

Déficiência intellectuelle : Oui Non QIV : QIP :

Joindre le(s) compte(s)-rendu(s) des suivis psychologiques.

✓ Etat cardiaque :

Troubles du rythme : Oui Non Insuffisance cardiaque : Oui Non

✓ Etat respiratoire :

Capacité respiratoire : Normale Diminuée

Trachéotomie le : / / Masque bucco-nasal

Ventilation : heures /jour

Ventilation : heures/nuit

Type d'appareil de ventilation :

✓ Troubles du métabolisme :

Diabète : Oui Non Insulino-dépendant : Oui Non

❖ Traitements et prises en charges thérapeutiques

✓ Traitements médicamenteux : Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

Nom du candidat

✓ Soins ou traitements nocturnes : Oui Non

Si oui, lesquels :

✓ Soins infirmiers : Oui Non

Si oui, lesquels :

✓ Prises en charge thérapeutiques

Type de prise en charge	Fréquence (nombre de séances/semaine)
Kinésithérapie	
Ergothérapie	
Psychomotricité	
Orthophonie	
Orthoptie	
Autres (précisez)	

❖ Régime alimentaire

Sans porc Végétarien Autres (précisez) :

Allergies/Intolérance alimentaire Oui Non

Si oui, lesquelles :

Consistance : Normale Hâchée Mixée

Appétit : Mauvais Bon Très bon

Sonde naso-gastrique Gastrostomie

Nom du candidat

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : FAX : EMAIL :

❖ Nom et adresse du médecin ayant rempli ce questionnaire

Nom : Prénom :

Qualité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fait à : Le :

Cachet et Signature :