



Les Bruyères

*Foyer Occupationnel - Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – Foyer d'Accueil Médicalisé
Au service des Personnes Handicapées*

Dossier de demande d'admission Centre les Bruyères



Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.

L'équipe du Centre les Bruyères s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le Centre les Bruyères.

Volet administratif

1

Volet parcours personnel

2

Volet autonomie

3

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...).

1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)

Madame

Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent):

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu de naissance : Commune :

Code postal :

Pays :

▪ Situation familiale

Situation de famille :
(cocher la case correspondante)

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Vie maritale

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf/veuve

Nombre enfant(s) : Dont nombre d'enfant(s) à charge :

Nombre de frère(s) et sœur(s) : Dont nombre de personnes en situation de handicap

▪ Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

N° de sécurité sociale :

Mutuelle :

N° de Contrat

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

.....
.....

Date d'effet de la décision :

Date de fin de la décision :

2. Lieu de résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial : Mère Père Les deux Autre

Structure médico-sociale* Depuis le :

Structure sanitaire* Depuis le :

Autre, préciser (ex : hôtel, famille, d'accueil...)

.....

- Adresse du lieu de résidence

Adresse :

.....

Complément d'adresse :

Commune : Code postal :

Département :

N° téléphone :

E-mail :

3. Mesures de protection

Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : Oui Non En cours d'évaluation Ne sais pas
(cocher la case correspondante)

Si « oui », s'agit-il d'une : Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
(cocher la case correspondante)

Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de prévention ou de protection est-elle en place ? : Oui Non En cours d'évaluation Ne sais pas
(cocher la case correspondante)

Si « Oui », s'agit-il d'une (cocher la case correspondante) :
 AED (Mesure d'Action Educative à Domicile) MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Educative)
 AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) Ne sais pas
 Mesure de placement, A préciser : Autre, A préciser :
 Judiciaire
 Administrative

Commentaires :

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

4. Personne(s) à contacter

Liens (parents, tuteurs...) :	Liens (parents, tuteurs...) :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Code postal : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Code postal : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Commune :	Commune :
Département :	Département :
N° téléphone : <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	N° téléphone : <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
E-mail :	E-mail :

5. Situation actuelle

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)):

Accompagnement

- Accompagné par un service médico-social*
- Accompagné par un établissement médico-social*
- Hospitalisé en établissement sanitaire*
- Sans accueil ni accompagnement
- Accompagné par des professionnels libéraux

Autre, à préciser :

.....

.....

.....

Scolarisation / Formation

- Scolarisé en milieu ordinaire
- Scolarisé en établissement médico-social
- Formation professionnelle

Si ULIS :

ULIS Ecole ULIS Collège ULIS Lycée

Autre, à préciser :

Situation actuelle pour les adultes :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Accompagnement

- Accueilli en famille d'accueil
- Accompagné par un service médico-social*
- Accompagné par un établissement médico-social*
- Hospitalisé en établissement sanitaire*
- Sans accueil ni accompagnement
- Accompagné par des professionnels libéraux
- Autre, à préciser :

Formation / Emploi

- En formation professionnelle
- Exerce une activité professionnelle
- En recherche d'activité professionnelle
- Sans activité professionnelle
- Retraité
- Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

Médecins qui vous suivent habituellement

▪ **Médecin traitant**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Département :

N° téléphone :

E-mail :

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant : Oui Non

▪ **Médecin(s) spécialiste(s)**

(exemples : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

Dans le cas où il y a un suivi par plusieurs médecins, merci de les préciser

Nom :	Nom :
Spécialité médicale	Spécialité médicale
Adresse :	Adresse :
.....
.....
.....
Code postal : Code <input style="width: 50px;" type="text"/> postal : <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Commune :	Commune :
Département :	Département : N° téléphone : N°
téléphone : <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
E-mail :	E-mail :

Nom :	Nom :
Spécialité médicale	Spécialité médicale
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Code postal : <input style="width: 50px;" type="text"/>	Code postal : <input style="width: 50px;" type="text"/>
Commune :	Commune :
Département :	Département :
N° téléphone : <input style="width: 100px;" type="text"/>	N° téléphone : <input style="width: 100px;" type="text"/>
E-mail :	E-mail :

J'autorise la structure à contacter le(s) médecin(s) spécialiste(s) : Oui Non

Commentaires :

.....

.....

.....

6. Structures fréquentées actuellement

▪ Scolarité / formation

Nom de **l'enseignant référent** pour la scolarisation des enfants handicapés (ERSEH).....

N° de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

Nom de **l'établissement scolaire ou du centre de formation** fréquenté à l'heure actuelle :

Adresse :

Commune

Code postal :

Département

N° de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

Scolarité ou formation actuellement suivie:

Scolarité suivie (cocher la case correspondante) :

A temps plein

A temps partiel

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation :

▪ **Etablissement / service**

Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°1):

.....
.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....

..... Commune :

..... Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2):

.....
.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....

.....

Commune :

Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Commentaires (pour tous les autres mode d'accueil précédant votre demande d'admission :

.....

.....

.....

.....

.....

7. Parcours de vie

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Emploi(s) précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés... :

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s) :

Autres / commentaires :

[Large empty dotted writing area]

8. Projet de vie et attentes

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche/enfant ? (centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés...)

[Large empty dotted writing area]

Pouvez-vous décrire vos attentes ou celles de votre enfant/proche dans l'établissement ou le service que vous sollicitez ?

A large rectangular area with a dotted grid pattern, intended for handwritten notes or a personal journey log.

9. Autonomie

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Exigence générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyenne	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

Vie domestique et courante	Oui	Non
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		

Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- Canne
 Déambulateur
 Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant électrique
 Lit médicalisé
 Orthèse ou prothèse
 Appareil auditif
 Lunette

Autre (préciser) :

.....

.....

Dépendance : y a-t-il une dépendance (alcool, tabac...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

Observations:

.....

.....

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

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Signature	Signature

Liste des pièces à joindre au dossier

- Copie pièce d'identité
- Copie de la notification de la CDAPH
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie du jugement de tutelle, si concerné
- Copie du certificat médical joint avec le CERFA MDPH (sous pli)
- Copie des ordonnances en cours (sous pli)
- Copie du dernier projet personnalisé, si concerné
- Antécédents médicaux et psychiatriques (sous pli)
- Eventuellement, les allergies

Accusé de réception

Cet accusé de réception est une preuve du dépôt de dossier au Centre Les Bruyères, il sera adressé au bénéficiaire de la demande d'admission et/ou à son représentant légal.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom de la Directrice de la structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

Téléphone :

E-mail :

- Dossier complet
- Dossier incomplet, pièces manquantes :

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

Fait, le

A,

Tampon et signature de la Directrice :

Réponse à la demande d'admission

Bonjour,

Vous nous avez adressé une demande d'admission, vous trouverez ci-dessous l'avis rendu par la commission d'admission du Centre les Bruyères.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom de la directrice de la structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

Téléphone :

E-mail :

Décision :

- Admis
- Admissible, sur liste d'attente
- Non admissible

En cas d' « Non admissible », motivez :

.....

.....

.....

Fait, le

A,

Tampon et signature de la Directrice :

Glossaire

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. ESMS

: Etablissements et services médico-sociaux

*Liste des établissements médico-sociaux : Centre d'accueil médico-social précoce (**C.A.M.S.P.**) ; Centre Médico-Psycho-Pédagogique (**C.M.P.P.**) ; Institution médico-éducatif (**I.M.E.**) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (**I.T.E.P.**) ; Institut d'éducation motrice (**I.E.M.**) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (**E.E.A.P.**) ; Institut pour Déficients Auditifs (**I.D.A.**) ; Institut pour Déficients Visuels (**I.D.V.**) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (**B.A.P.U.**) ; Maison d'Accueil Spécialisée (**M.A.S.**) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (**F.A.M.**) ; **Foyer d'hébergement** (F.H.) ; **Foyer de vie** (F.V.) ; **Foyer d'accueil polyvalent** (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (**E.S.A.T.**) ; Centre de pré orientation (**C.P.O.**) ; Centre de rééducation professionnelle (**C.R.P.**)

*liste des services médico-sociaux : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**S.E.S.S.A.D.**) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**S.A.M.S.A.H.**) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (**S.A.V.S.**) ; Service de soins infirmiers à domicile (**S.S.I.A.D.**) ; Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (**S.P.A.S.A.D.**) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (**S.A.A.D.**)

*liste des établissements sanitaires : **Hôpital** ; **Hôpital de jour** ; Hospitalisation à domicile (**H.A.D.**) ; Centre médico-pédagogique (**C.M.P.**)

*Autres : Protection Maternelle et infantile (**PMI**) ; **Structures classiques** (halte-garderie, jardin d'enfants, centre de loisirs) ; Entreprise adaptée (**E.A.**)...