

## **MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE L'EPI**

**Avenue de la Pinède  
CS 20107  
84918 AVIGNON Cedex 9**

Secrétariat  
***Tél. : 04.90.03.91.10***

### **DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**

- INTERNAT**
- EXTERNAT**

# SOMMAIRE

## ❖ Dossier administratif et social

1. Identité du candidat	p 2
2. Situation personnelle	p 2
3. Filiation	p 2
4. Situation sociale	p 3
5. Histoire personnelle	p 5
6. Scolarité et apprentissage	p 6
7. Conditions de la demande d'admission	p 6

## ❖ Dossier médical

1. Suivi médical	p 7
2. Hospitalisations	p 8

## ❖ Certificat médical

p 9

## ❖ Pièces à fournir

p 13





Frère (s) : Nom(s), Prénom(s) : .....  
.....  
.....

Sœur (s) : Nom(s), Prénom(s) : .....  
.....  
.....

Avez-vous des contacts réguliers avec les membres de votre famille (appels téléphoniques, visites, sorties week-end) ?

Précisez : .....  
.....

Adresse, téléphone des parents : .....  
.....

Adresse, téléphone de la fratrie avec qui vous êtes en lien :  
.....  
.....

N° de tél et adresse de la personne à prévenir en cas d'urgence :  
.....  
.....

#### **4. Situation sociale**

- Vous habitez :**
- dans un logement personnel
  - dans un logement communautaire
  - dans votre famille

**Vous êtes :**              hospitalisé (e)

Si oui, quels sont les référents du service :

Médecin : .....

Assistante de Service Social : .....

Cadre de santé : .....

Infirmier : .....

Autre : .....

**Vous êtes pris en charge :**      dans une structure social et médico-sociale

Si oui, nom et adresse : .....

.....

Assistante de Service Social : .....

dans une autre situation d'hébergement

Précisez : .....

**N° d'immatriculation Sécurité Sociale :** .....

Caisse :        CPAM : .....

adresse : .....

.....

   MSA : .....

adresse : .....

.....

   Autre, à préciser : .....

adresse : .....

.....

**Mutuelle :** (Précisez le n° d'allocataire, le nom de l'organisme, adresse et numéro de téléphone) .....

.....

**Caisse d'Allocations Familiales :** (Précisez le n° d'allocataire, la Caisse et le numéro de téléphone) .....

.....

**Maison Départementale des Personnes Handicapées :**

Numéro MDPH : .....

Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)      oui                       non

Date d'attribution A.A.H. :.....      Expire le : .....

Notification maison d'accueil spécialisée attribuée :

le : .....      Expire le : .....

N° carte d'invalidité : .....      Expire le : .....

Autres allocations : .....

**Assistante de service sociale référente (coordonnées) :**

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

**Mesure de protection :**      oui                       non                       en cours

Si oui :      sauvegarde de justice                       tutelle                       curatelle

Nom :.....

Adresse :.....

.....

Téléphone : .....

**5. Histoire personnelle**

**Parcours de vie, évènements importants, établissements fréquentés :**

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



**DOSSIER MEDICAL**  
**(A faire remplir par le médecin traitant et/ou médecin psychiatre)**

**1. Suivi médical**

**Nom du médecin traitant, adresse, téléphone :** .....  
.....  
.....

**Nom du médecin psychiatre, adresse, téléphone :** .....  
.....  
.....

**Autres suivis médical et paramédical :** .....  
.....  
.....

**Traitement médicamenteux :** .....  
.....  
.....  
.....

**Suivi psychiatrique ambulatoire :** .....  
.....  
.....

**Périodicité :** .....

## 2. Hospitalisations

Hospitalisations générales	Hospitalisations en psychiatrie
Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....	Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....
Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....	Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....
Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....	Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....
Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....	Lieu : ..... Date : ..... Motif : ..... .....

# CERTIFICAT MEDICAL

**A renvoyer sous enveloppe cachetée à l'attention  
du médecin psychiatre de la maison d'accueil spécialisée l'EPI**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Date de naissance : .....

Taille : ..... Poids : .....

Tension Artérielle : ..... Pulsations : .....

**1. Diagnostic de l'affection principale** : .....

.....  
.....

Début approximatif des troubles : .....

.....  
.....

Symptomatologie et résultats d'examens complémentaires :

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

**2. Type du ou des handicaps**

Handicap moteur (appareillage) : .....

.....  
.....

Handicap sensoriel : .....  
.....  
.....

Niveau d'efficiace intellectuelle : .....  
.....  
.....

Comitialité : .....  
.....  
.....

**3. Pathologie (s) somatique (s)**

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

Troubles associés : .....  
.....  
.....

**4. Caractère et comportement**

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

**5. Evolution actuelle de l'état de santé**

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

## 6. Autonomie

	Seul	Seul avec difficulté	Avec aide partielle	Avec aide totale
<b>MOBILITE</b>				
Marcher, se déplacer				
Activités motricité fine				
<b>ENTRETIEN PERSONNEL</b>				
Se laver				
Se vêtir				
Se dévêtir				
Assurer l'hygiène de l'élimination				
Dormir				
Se reposer				
Prendre ses repas				
Boire				
<b>COMMUNICATION</b>				
Parler				
Utiliser les moyens de communication				
<b>EXIGENCE GENERALE ET VIE DE RELATION</b>				
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Gérer sa sécurité, éviter les dangers				
Maitriser son comportement dans ses relations à autrui				
S'occupe				
Se divertir				

Troubles sphinctériens :

Urinaires :  Oui  Non

Si oui :  Jour  Nuit  Jour et nuit

Fécaux :  Oui  Non

Si oui :  Jour  Nuit  Jour et nuit

Port de protection :  Oui  Non

**7. Cas particuliers**

Hypertension : .....

Allergies : .....

Diabète : .....

Hémophilie : .....

Autres : .....

**8. Calendrier vaccinal** (fournir copie du carnet de vaccinations à jour)

Polio : .....

BCG : .....

Tétanos : .....

DTP : .....

Hépatite B : .....

**9. Remarques particulières**

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

A ....., le .....

Tampon et signature du médecin

## **PIECES A FOURNIR**

- ❖ Notification d'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée par la M.D.P.H.
- ❖ Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité en cours de validité.
- ❖ Photocopie recto-verso de la carte de sécurité sociale.
- ❖ Photocopie de la carte de mutuelle.
- ❖ Photocopie de la notification M.D.P.H d'allocation adulte handicapé.
- ❖ Photocopie de notification d'attribution d'allocation compensatrice.
- ❖ Photocopie de la carte d'invalidité.
- ❖ Bilan biologique datant de moins de 3 mois.
- ❖ Notification des droits C.A.F.
- ❖ Photocopie de la mesure de protection.
- ❖ Photocopie du carnet de vaccinations.
- ❖ Attestation de responsabilité civile en cours de validité.

