

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



DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

1. Identité du candidat

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe :

Adresse actuelle :

.....

Si vous êtes hospitalisé (e) actuellement, indiquez le nom, le lieu du service et numéro de téléphone :

.....

.....

2. Situation personnelle

Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Enfants :	Nom	Prénom	Né (e) le
-----------	-----	--------	-----------

.....

.....

.....

.....

.....

3. Filiation

Père : Nom, Prénom :

Mère : Nom, Prénom :

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

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 :

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

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

6. Scolarité et apprentissages

Niveau scolaire :

.....

Apprentissages :

.....

Parcours professionnel :

.....

7. Conditions de la demande d'admission (motivations et attentes)

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

A, le

Signature

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'efficience 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
MOBILITE				
Marcher, se déplacer				
Activités motricité fine				
ENTRETIEN PERSONNEL				
Se laver				
Se vêtir				
Se dévêtir				
Assurer l'hygiène de l'élimination				
Dormir				
Se reposer				
Prendre ses repas				
Boire				
COMMUNICATION				
Parler				
Utiliser les moyens de communication				
EXIGENCE GENERALE ET VIE DE RELATION				
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.

