

Dossier de demande d'admission

Etablissement ou service concerné par la demande
(cocher la case correspondante)

MAS

DAME

SESSAD

37380 Reugny – Tél. 02.47.29.88.40 Fax 02.14.81.00.88

Email : chateaudelaunay@cesap.asso.fr

N° SIRET 775 662 059 00101 APE : 8 710 B

SOMMAIRE

1 Volet administratif

2 Volet parcours personnel

3 Volet autonomie

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 : Célibataire Marié Pacsé(e) Vie maritale
(cocher la case correspondante)

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Nombre enfant(s) :

--	--

 Dont nombre d'enfant(s) à charge :

--	--

Nombre de frères et sœurs :

--	--

Nom et Prénom :	Date de naissance	Sexe								
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Dont nombre de personnes en situation de handicap :

--	--

▪ **Renseignements administratifs et décision de la CDAPH**

N° de sécurité sociale :

N° de dossier MDPH :

Orientation de le CDAPH (*préciser le(s) types(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° de 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
(cocher la case correspondante)
[] En cours d'évaluation [] Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : [] Sauvegarde de justice [] Curatelle simple
[] Curatelle renforcée [] Tutelle
[] Habilitation familiale

Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs

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

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, à préciser : [] Tutelle au mineur
[] Judiciaire [] Autre, à préciser :.....
[] Administrative

Commentaires :

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

4. Personne(s) à contacter

Liens (<i>parents, tuteurs...</i>) :	Liens (<i>parents, tuteurs...</i>) :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Code postal : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Commune :	Commune :
Département :	Département :
N° de téléphone :/...../...../...../.....	N° de téléphone :/...../...../...../.....
E-mail :	E-mail :
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Profession :	Profession :

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*
- Accompagné par des professionnels libéraux
- Autre, à préciser :
-

▪ Scolarisation / Emploi

- Scolarisé en milieu ordinaire
- Scolarisé en établissement médico-social*
- Formation professionnelle
- Si ULIS :
- ULIS école ULIS Collège ULIS Lycée
- Autre, à préciser :
-

▪ Situation actuelle pour les adultes

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases 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 de formation :

.....

.....

.....

.....

*Cf. glossaire

▪ **Médecins qui vous suivent habituellement**

▪ **Médecin traitant**

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code postal :

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

N° téléphone :

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

E-mail :

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

▪ **Médecin(s) spécialiste(e)**
(exemples : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

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

Nom :	Nom :												
Spécialité médicale :	Spécialité médicale :												
Adresse :	Adresse :												
.....												
.....												
Code postal : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							Code postal : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
Commune :	Commune :												
Département :	Département :												
N° téléphone :/...../...../...../.....	N° téléphone :/...../...../...../.....												
E-mail :	E-mail :												

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° 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° téléphone :

E-mail :

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

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

Catégorie d'ESMS* :

Adresse :

.....

.....

Commune Code postal :

Département :

N° téléphone :

E-mail :

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

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°3)
.....

Catégorie d'ESMS* :

Adresse :

.....

.....

Commune Code postal :

Département :

N° téléphone :

E-mail :

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

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

*Cf. glossaire

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...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Cf. glossaire

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres / commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Cf. glossaire

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...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Cf. glossaire

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 moyennes	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			
Relation 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

Autre (préciser) :

.....

.....

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 :

10. Liste des pièces à joindre

- Copie pièce d'identité
- Copie de la notification de la CDAPH
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie carte mutuelle
- Copie du jugement de mesure de protection, si concerné
- Eventuellement, copie du certificat médical joint avec le cerfa MDPH

11. Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

Concernant Monsieur ou Madame

Nom de l'établissement ou du service médico-social : CESAP MAS DAME SESSAD

Nom du Directeur de la structure : Stéphane RENOU

Adresse de la structure : Château de Launay

Commune : REUGNY

Code postal : 37380

Téléphone : 02 47 29 88 40

E-mail : chateaudelaunay@cesap.asso.fr

Dossier complet

Dossier incomplet, pièces manquantes :

- Copie pièce d'identité
- Copie de la notification de la CDAPH
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie carte mutuelle
- Copie du jugement de mesure de protection, si concerné
- Eventuellement, copie du certificat médical joint avec le cerfa MDPH

Fait à Reugny, le

Stéphane RENOU
Directeur

12. Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la demande. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

Concernant Monsieur ou Madame

Nom de l'établissement ou du service médico-social : CESAP MAS DAME SESSAD

Nom du Directeur de la structure : Stéphane RENO

Adresse de la structure : Château de Launay

Commune : REUGNY

Code postal : 37380

Téléphone : 02 47 29 88 40

E-mail : chateaudelaunay@cesap.asso.fr

Décision

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

En cas de « Non admissible », motivez :

.....

.....

.....

Fait à Reugny, le

Stéphane RENO
Directeur

13. Glossaire

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

CDPAH : Commission des Droits 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.) ; Institut médico-éducatif (I.M.E.) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (I.T.E.P.) ; Institut d'éducation motrice (I.E.M.) ; Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (E.E.A.P.) ; institut pour Déficiants 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.) ; Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif (DAME).

*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) ; Services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D) ; Service polyvalent aide et soins à domicile (S.P.A.S.A.D) ; Service prestataire d'aide à domicile (S.A.A.D.).

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