**VOLET ADMINISTRATIF**

**Document complété le** :  ****

*Photo récente*

1. **candidat à la pre-inscription**

**Nom :  Prénom :** ****

**Nom de naissance :** ** Adresse :** 

**Téléphone fixe :**  ** Portable :** ****

**Adresse mail :** ** Sexe :** [ ] Homme[ ] Femme

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Date et lieu de naissance :** **** à ****

**Pays :** [ ]  **France** [ ]  **Autre, précisez : **

**Situation familiale actuelle :** [ ]  **Célibataire** [ ]  **Marié** [ ]  **Vie Maritale** [ ]  **Pacs** [ ]  **Divorcé** [ ]  **Veuf/Veuve**

**Nom / Prénom du conjoint** : ****

**Enfant :** [ ]  **OUI** [ ]  **NON** Si oui, nombre d’enfants : **,** âge des enfants**:** 

**Personne(s) à joindre en cas d’urgence :**

**Nom :  Prénom : ** **Téléphone :** ****

**Nom :  Prénom : **  **Téléphone :**  ****

1. **situation administrative – dossier comission des droits et de l’AUTONOMIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE (CDApH)**

**CDAPH n° de dossier :  Département CDAPH** : ** Date de validité** : **** **Décision d’orientation** : [ ]  **MAS** [ ]  **FAM** [ ]  **Foyer de vie** [ ]  **Autre, précisez** : ****

***(Joindre une copie d’orientation à jour)***

[ ]  **Accueil permanent** [ ]  **Accueil temporaire** [ ]  **Accueil de jour** [ ]  **Autre, précisez** : ****

1. **LA DEMANDE (JOINDRE LA NOTIFICATION MDPH/mda)**

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Accueil permanent** | **Accueil de jour** | **Accueil temporaire** | **Autre,****précisez** |
| **Entrée en FAM (Foyer d’Accueil Médicalisé)** |[ ] [ ] [ ]   |
| **Entrée en MAS (Maison d’Accueil Spécialisée)** |[ ] [ ] [ ]   |
| **Entrée en foyer de vie** |[ ] [ ] [ ]   |
| **Échange inter-établissement** |[ ] [ ] [ ]   |
| **Autre,** **précisez** |  |  |  |  |

1. **initiative de LA DEMANDE**

*Vous pouvez cocher plusieurs cases*

[ ]  **Résident** [ ]  **Représentant légal** [ ]  **Famille** [ ]  **Etablissement d’accueil actuel,** lequel **: **

[ ]  **Autre, précisez : **

**Le dossier est complété par : Nom/Prénom :** [ ]  **Mr** [ ]  **Mme **

**En qualité de : **

**Demeurant à (adresse complète) :** 

**Téléphone fixe :  Portable : **

**Mail : **

**Contexte/Motif de la demande d’admission** (*exemple : séjour de répit, séjour de rupture, confirmation du choix d’un établissement, observations avant le choix d’un établissement, etc…)***:**



1. **personne a contacter pour l’etude du dossier**

*(Les personnes peuvent être contactées pour un complément d’information)*

**Nom/Prénom :  Téléphone : **

**Mail :  Nature du lien (père, mère, ami(e)…) : **

**Représentant légal :** [ ] OUI [ ]  NON

1. **SITUATION ACTUELLE**

**La personne est :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Établissement/ Service** | **Adresse** | **Tél** | **Mail** |
| **Hospitalisée** |  |  |  |  |
| **A domicile**  |  |  |  |  |
| **En établissement spécialisé** |  |  |  |  |
| **En famille d’accueil** |  |  |  |  |
| **Autre, précisez** |  |  |  |  |

**ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :**

[ ]  **Naissance**

[ ]  **Accident** Date :  Précisez les circonstances : 

[ ]  **Pathologie/Maladie** Date :  Précisez la pathologie : 

[ ]  **Autre, précisez :** 

1. **mesure de protection juridique**

[ ]  **Sans mesure** [ ]  **Curatelle** [ ]  **Tutelle** [ ]  **Co-tutelle** [ ]  **Sauvegarde de justice**

[ ]  **Mesure en cours**

**Date de fin de validité de la mesure de protection :** 

**Assurée par :**

**Nom/Prénom :**  **Lien de parenté ou organisme :** 

**Adresse :** 

**Téléphone :**  **Portable :** 

**Mail :** 

1. **Parcours scolaire ou en etablissement specialise et parcours professionnel**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEES** | **TYPE ETABLISSEMENT OU EMPLOYEUR** |
|  |  |