



## Maison d'Accueil Spécialisée

Yves Buffet : « Soleil des Jalles »

Allée de Preuilha  
33160 SAINT MEDARD EN JALLES  
Secrétariat Tél : 05-57-93-29-70 Fax : 05-57-93-29-75



# DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom et prénom : .....

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN :

INTERNAT  EXTERNAT

*Ce dossier devra être rempli par l'organisme ou la personne qui formule la demande.*

*Il devra être adressé :*

par courrier à l'adresse suivante :

Maison d'Accueil Spécialisée  
Yves Buffet « Soleil des Jalles »  
Allée de Preuilha  
33160 SAINT MEDARD EN JALLES

ou par fax au n°05-57-93-29-75

ou par mail à l'adresse mail suivante : [vraoux@ch-perrens.fr](mailto:vraoux@ch-perrens.fr) / [hrizzo@ch-perrens.fr](mailto:hrizzo@ch-perrens.fr)

Ce dossier comprend 3 volets :

- N°1 : volet administratif (*Page 3*)
- N°2 : volet pédagogique (*Page 9*)
- N°3 : volet médical (*Page 12*)

**LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :**

*Photocopies :*

- *Carte d'identité*
- *Carte d'invalidité*
- *Notification d'orientation*
- *Carte de sécurité sociale*
- *Carte de mutuelle*
- *Attestation de responsabilité civile personnelle*
- *Jugement de Tutelle*
- *Comptes-rendus et synthèses des établissements fréquentés*
- *Comptes-rendus d'évaluations pluridisciplinaires*
- *Dernier projet d'accompagnement*
- *Dossier médical (traitements...)*

# VOLET N°1 : ADMINISTRATIF

## ① ETAT CIVIL DE LA PERSONNE DONT L'ADMISSION EST DEMANDEE

 (Joindre la photocopie de la carte d'identité)

Nom : ..... Prénoms : .....  
Né(e) le ..... à ..... Pays : .....  
Sexe : ..... Nationalité : .....  
Demeurant à (commune) : ..... Code Postal : .....  
Rue - Lieu dit : .....  
.....  
.....  
Tél : .....

SITUATION DE FAMILLE (rayer les mentions inutiles) :

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

## ② RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX concernant la personne dont l'admission est demandée

Nom et prénom du père : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
..... Code Postal : .....  
Profession : ..... Tél : .....

Nom et prénom de la mère : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
..... Code Postal : .....  
Profession : ..... Tél : .....

Autres :

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
..... Code Postal : .....  
Profession : ..... Tél : .....

FRERES ET SOEURS :

Nom et prénom	Née (le)	Activité	Adresse et téléphone

**③ RELATIONS AVEC LA FAMILLE**

La famille souhaite-t-elle un placement temporaire ou à long terme, des retours en famille réguliers ou des visites sur place ? Quelles sont ses demandes ?

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

**④ PROTECTION JUDICIAIRE** concernant la personne dont l'admission est demandée

Bénéficiez vous d'une mesure de protection judiciaire  Oui  Non

Si oui, laquelle (*Entourer la mesure mise en place*)

SAUVEGARDE DE JUSTICE - CURATELLE - TUTELLE

**(Joindre la photocopie de la décision)**

Date du jugement : .....

Adresse du tribunal : .....

.....

Nom et adresse de l'administrateur légal: .....

.....

Lien de parenté avec l'intéressé(e) : .....

La personne pour laquelle le placement est sollicité est-elle informée ?  Oui  Non

**⑤ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION**

Placement actuel de l'intéressé(e) : ..... Tél : .....  
.....  
Nom et adresse du médecin référent : ..... Tél : .....  
.....  
Nom, adresse, qualité de la personne formulant la demande : .....  
.....  
..... Tél : .....  
Nom, adresse de l'assistante sociale ou de l'organisme formulant la demande :  
.....  
.....  
..... Tél : .....

**AUTRES ETABLISSEMENTS FREQUENTES :**

Nom de l'établissement	Adresse	Personnes à contacter (nom + téléphone)	Période

**⑥ AVIS DE LA C.D.A.P.H (COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES) (Plus de 20 ans) Immeuble le Phénix 264 Bld Godard 33300 BORDEAUX**

**1) ORIENTATION MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE**

**☞(Joindre la photocopie de la décision)**

Date d'application de la décision : ..... Durée : .....  
Date de fin de validité : .....

2) **PRESTATIONS** concernant la personne dont l'admission est demandée

Percevez-vous l'une des prestations indiquées ci-dessous ?

**☞ (Joindre la photocopie de la décision)**

Prestations	Date notification	Date de fin de validité
Allocations aux Adultes handicapés (AAH)		
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)		
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)		
Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et/ou complément.		
Autres (à préciser).....		

N° d'allocataire CAF : .....

3) **CARTE D'INVALIDITE**

**☞ (Fournir la photocopie de la décision et de la carte d'invalidité)**

Délivrée le : ..... par : .....

Numéro de carte : ..... Date de validité : .....

Taux d'invalidité : .....

**⑦ PERCEVEZ VOUS UNE OU PLUSIEURS PENSIONS ?**  
(Exemple : pension d'invalidité)

NATURE	NUMERO D'INSCRIPTION	ADRESSE DE L'ORGANISME DEBITEUR

**⑧ ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE**

**📄 Fournir la photocopie de l'attestation d'assurance**

Nom et adresse : .....  
N° de contrat.....

**⑨ COUVERTURE SOCIALE** concernant la personne dont l'admission est demandée

**📄 Fournir la photocopie de l'attestation de la carte vitale**

DROITS DE SECURITE SOCIALE ? (cocher la case)  Oui  Non

A quel titre ? (Cocher les cases ci-dessous) :

C.M.U  Oui  Non

Assurance volontaire (ou personnelle)  Oui  Non

Ayant droit  Oui  Non

Autre cas (veuillez préciser) : .....

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale : .....

Numéro de matricule :

.....	.....	.....	.....	.....	.....	Clé	.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------

SI VOUS ETES AYANT DROIT :

Nom de l'assuré (e) : .....

Lien de parenté : .....

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale : .....

Numéro de matricule :

.....	.....	.....	.....	.....	.....	Clé	.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------

**⑩ MUTUELLE OU ASSURANCE COMPLEMENTAIRE** concernant la personne dont l'admission est demandée

**📄 Fournir la photocopie de la carte de mutuelle ou/et assurance complémentaire**

Bénéficiez vous d'une mutuelle ou/et d'une assurance complémentaire :  Oui  Non

Si oui, préciser le nom et l'adresse de l'organisme : .....

Nom de l'adhérent : .....Numéro d'adhérent : .....

**MOTIVATIONS DE LA DEMANDE :**

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

Nom, qualité et lien de parenté de la personne qui demande le placement :

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

Fait à .....  
Le .....

Fait à .....  
Le .....

Signature de la personne  
(pour laquelle le placement est sollicité)

Signature du représentant légal



# VOLET N°2 : PEDAGOGIQUE

## 1. COHERENCE

Converser et /ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société où l'on vit.	..... ..... ..... .....
---	----------------------------------

## 2. ORIENTATION

Capacité à se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux et leur contenu.	..... ..... ..... .....
--	----------------------------------

## 3. AUTONOMIE

<u>ALIMENTATION :</u> Utilisation de couverts, maintien à table, mastication, particularités alimentaires (hypersélectivité, goûts, mouliné, potomanie...)	..... ..... ..... .....
<u>HYGIENE :</u> (Se lave seul ou non, type de stimulation nécessaire- supervision, stimulation verbale, prise en charge totale... - apprentissages réalisés, appareillage)	..... ..... ..... .....
<u>HABILLEMENT :</u> (S'habille seul ou non, type de stimulation nécessaire, capable de : se boutonner, utiliser la fermeture éclair, nouer des lacets, choisir des vêtements...)	..... ..... ..... .....
<u>UTILISATION DES TOILETTES :</u> Enurésie, encoprésie, tirer la chasse, utiliser du papier hygiénique, se rhabiller...)	..... ..... ..... .....
<u>MOTRICITE GLOBALE :</u> (Assurer ses transferts, se déplacer, se tenir assis, monter des marches, utiliser le mobilier...)	..... ..... ..... .....

<p><u>MOTRICITE FINE :</u> (Feuilleter un livre, découper avec des ciseaux, utiliser des objets, pinceau, feutres, stylo à billes...)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>LES SENS :</u> (Vue, ouïe, repères dans le temps et /ou l'espace, particularités tactiles...)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>SOMMEIL :</u> (Cauchemar, somnambulisme, agitation, rythme, habitudes...)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**4. COMMUNICATION**

(Décrire la situation actuelle, les progrès réalisés, les difficultés rencontrées)

<p><u>EXPRESSION UTILISEE :</u> (Langage, mots, phrases, gestes, cris, mimes, écholalies, pictogrammes ou images, PECS...) Est ce fonctionnel ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>COMPREHENSION :</u> (Consignes verbales simples, complexes, en contexte, répond à son prénom. Consignes écrites simples, complexes...)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**5. HABILETES DOMESTIQUES**

<p>Capable de faire son lit, de débarrasser la table...</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

**6. HABILETES OCCUPATIONNELLES / GESTION DU TEMPS LIBRE**

<p>Types d'activités fréquentées et objectifs poursuivis, préférences, souhaits, gestion du temps libre, intérêt pour...</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

## **7. HABILITES RELATIONNELLES**

Avec les autres résidents, avec les éducateurs,  
avec les autres membres du personnel, avec la  
famille, avec les personnes extérieures...  
Manière d'entrer en contact...

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

## **8. COMPORTEMENTS INADAPTES**

Stéréotypies, auto et hétéro-agressivité,  
comportement de retrait, comportements  
sexuels inadaptés, réponses efficaces  
apportées par l'équipe...

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

## **9. CONCLUSION**

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

**VOLET N°3 : MEDICAL**

**CONFIDENTIEL**

*Ce volet est à remplir par un médecin.*

*Elle est à adresser sous pli confidentiel, à la Direction de la M.A.S.*

NOM : .....
Prénoms : .....
Né(e) le : .....
Placement actuel de l'intéressé(e) .....

**✍ ANTECEDENTS FAMILIAUX (Père, mère, fratrie) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**✍ ANTECEDENTS MEDICAUX :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





# RELEVÉ DE DIAGNOSTICS

Placement actuel de l'intéressé(e) .....  
 .....  
 Secteur .....  
 Unité .....  
 Médecin référent .....  
 Date de la 1ere cotation.....

NOM : .....  
 Prénoms : .....  
 Né(e) le : .....

## Si moins de 20 ans

SCP Principale

SC

SCP Associée

SC

## Si plus de 20 ans

Diagnostic Psy Principal

F

SCP Psy associé

F

## Dans tous les cas

Diagnostic psy Longitudinal

F

Morbidité Mortalité

X

Diagnostic som Ass 1 :

(ou en clair)

Diagnostic som Ass 2 :

(ou en clair)

Diagnostic Env 1 :

(ou en clair)

Diagnostic Env 2 :

(ou en clair)

EGF Echelle Globale de Fonctionnement

Fait à : ....., le .....

Signature du médecin et cachet