



Dossier de demande d'admission

Date de réception(réservé à la clé) :/...../.....

Toutes les demandes d'admission sont à adresser à

<p>SAMSAH LA CLE 22 place Henri Gadeau de Kerville 76100 ROUEN 02.35.73.60.90 samsah.lacle@orange.fr</p>
--

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A ACCOMPAGNER

Monsieur Madame

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :/...../..... A :

Adresse actuelle :

CP : Ville :

Tél. :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Si actuellement hospitalisé(e) :

Nom et coordonnées du service :

Nom du référent : Tél. :/...../...../...../.....

Demande accompagnée par :

NOM : Prénom :

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

Protection sociale :

N° Sécurité Sociale : N° CAF/MSA:

Centre d'affiliation :

Mutuelle : Assurance :

Décisions MDPH :

N° MDPH :

	Type	Début	Fin	Commentaire
<input type="checkbox"/>	RQTH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	AAH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	PCH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	ACTP	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	CI	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAVS	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAMSAH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Orientation ESAT	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Autre orientation	.../.../...	.../.../...	

Personne à prévenir en cas de nécessité :

NOM : Prénom :

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Protection juridique ou administrative :

Mesure exercée par : Famille Organisme Sans En cours

Nom du mandataire et de l'éventuel organisme désigné :

Lien avec le demandeur (famille, proche...) :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

E-mail :

Type de mesure : Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

MASP MAJ Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

Hébergement :

Propriétaire Locataire Hébergé à titre gracieux Hospitalisé

Autre (ex : colocation) :

Type d'hébergement : Maison individuelle Appartement

NOM du propriétaire (si autre que demandeur) :

Adresse :

CP : VILLE :

Tél. :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Situation matrimoniale et mode de vie :

Célibataire vivant seul Célibataire vivant chez ses parents Vit maritalement

Marié(e) Divorcé(e), séparé(e) Veuf, veuve

PACSé (e) Autres :

Nom et coordonnées du conjoint / des parents / Frères et sœurs ... :

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

Enfant(s) au domicile :

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Date de naissance : Scolarité : Date de naissance : Scolarité :

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Date de naissance : Scolarité : Date de naissance : Scolarité :

Si mesure éducative, Nom et coordonnées du référent :

.....

Enfant(s) hors foyer :

Nom – Prénom – Date de naissance

Coordonnées :

Nom – Prénom – Date de naissance

Coordonnées :

Nom – Prénom – Date de naissance

Coordonnées :

ALLOCATIONS ET REVENUS

	Type	Montant Revenu	Commentaire
<input type="checkbox"/>	Salaire€	
<input type="checkbox"/>	AAH taux plein différentielle€	
<input type="checkbox"/>	Complément de ressources€	
<input type="checkbox"/>	Majoration vie autonome€	
<input type="checkbox"/>	PCH€	
<input type="checkbox"/>	ACTP à – de 80% à 80%€	
<input type="checkbox"/>	Pension invalidité 1 ^{ère} catégorie 2 ^{ème} catégorie 3 ^{ème} catégorie€	
<input type="checkbox"/>	Allocation supplémentaire invalidité€	
<input type="checkbox"/>	Pension de retraite€	
<input type="checkbox"/>	Pension de réversion€	
<input type="checkbox"/>	Allocation familiale€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités chômage€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalière€	
<input type="checkbox"/>	APL€	
<input type="checkbox"/>	RSA€	
<input type="checkbox"/>	Rente€	
<input type="checkbox"/>	Autre :€	

SUIVI MEDICAL ET MEDICO SOCIAL

Médecin traitant :

NOM : Prénom :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Médecin psychiatre :

NOM : Prénom :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

SUIVI CMP et/ou CATTP:

Nom du service :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :
Nom des Référents :

SUIVI HDJ :

Nom du service :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :
Nom des Référents :

SUIVI CSAPA :

Nom du service :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :
Nom des Référents :

Infirmier(e) libéral(e) :

NOM : Prénom :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

Suivi social de secteur

NOM : Prénom :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Autre intervenant (ex : Service d'auxiliaire de vie...)

NOM : Prénom :
Adresse :
Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....
Fréquence / jours de présence :

SCOLARITE

Parcours scolaire :

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niveau primaire | <input type="checkbox"/> Niveau collège | <input type="checkbox"/> Niveau BEPC |
| <input type="checkbox"/> Niveau BEP/ CAP | <input type="checkbox"/> Niveau BAC | <input type="checkbox"/> Niveau BAC + |
| <input type="checkbox"/> IME /ITEP | <input type="checkbox"/> Non scolarisé | <input type="checkbox"/> Autre |

Formation suivie : Dates :

SITUATION PROFESSIONNELLE/ACTIVITES/ BENEVOLAT

Parcours professionnel (emplois, secteurs, périodes) :

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

Bénévolat (structures, périodes, missions) :

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

Activités :

- Occupations actuelles/ loisirs :

.....

-Centres d'intérêt identifiés ou supposés :

.....

TRANSPORT

Transport :

Permis valide : oui non type (auto/moto...) :

Moyen de locomotion :

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Voiture | <input type="checkbox"/> Voiture sans permis | <input type="checkbox"/> à pied |
| <input type="checkbox"/> Utilisation des transports en commun | <input type="checkbox"/> Cyclomoteur | <input type="checkbox"/> Vélo |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |

**SOUHAITS, PROJETS, MOTIVATIONS DE LA PERSONNE (à remplir
par le demandeur)**

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

Fait à, le/...../.....

Signature de la personne demandeuse :

**MOTIFS DE LA DEMANDE , BESOINS REPERES PAR LE
PROFESSIONNEL OU L'EQUIPE ORIENTANT**

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

