

SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE

SOCIALE

DU PAYS DE LA ROCHE AUX FEES

18 rue Auguste Pavie
35240 RETIERS



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous nous sollicitez pour un accompagnement par le SAVS du Pays de la Roche aux Fées et nous vous en remercions.

Nous vous adressons la procédure permettant de prendre en compte définitivement votre inscription.

1. Remplir le dossier ci-joint et le renvoyer complété. Ce document indispensable pour la prise en charge est une première prise de connaissance. Vous pouvez solliciter l'aide de votre famille, d'un proche, du CLIC, du SAVS ou de votre représentant légal pour le compléter.
2. Prendre rendez-vous pour nous rencontrer afin de répondre à vos questions et affiner votre demande.
3. Prise en compte de votre demande et inscription sur liste d'attente le cas échéant.

Nous restons disponibles pour toute information complémentaire.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

**La Direction du SAVS du Pays de
la Roche aux Fées**

**L'équipe du SAVS du Pays de la
Roche aux Fées**

DOSSIER ADMINISTRATIF

I. Documents à fournir
au secrétariat du SAVS

Cadre réservé

- ☞ Lettre de demande d'admission de la personne
- ☞ ou de son représentant légal
- ☞ Décision d'orientation MDPH
- ☞ (notification en cours)
- ☞ Notification AAH le cas échéant
- ☞ Notification carte d'invalidité
- ☞ Carte d'identité recto- verso
- ☞ Mesure de jugement (mesure de protection)
- ☞ Attestation de ressources
- ☞ Une photo d'identité
- ☞ Carte de mutuelle
- ☞ Assurance individuelle/responsabilité civile
- ☞ N° allocataire (CAF)

II. Renseignements

2.1. Etat civil

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom Prénom.....

Nom de jeune fille

Date de naissance /...../...../...../ Lieu de naissance.....

Nationalité

2.2. Coordonnées

N° et rue

Code postal /...../

Commune/ville

Téléphone mobile /...../...../...../..... /...../ ou fixe
/...../...../...../...../...../

Adresse

Email@.....

Vous vivez :

A votre domicile chez vos parents/proches
 En établissement médico-social

Autre Précisez

.....

2.3. Situation familiale

Célibataire marié(e) divorcé(e)
 pacsé(e) veuf (ve)

Nombre d'enfants /...../

Nom et prénom	Date de naissance	Situation

2.4. Mesure de protection

Oui Non En cours

Si oui laquelle : tutelle curatelle
 curatelle renforcée habilitation familiale

Autre

.....

Etat civil du représentant légal :

Madame Monsieur

Nom Prénom

Organisme tutélaire (si nécessaire) :.....

Adresse

.....

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

Date de la demande /...../...../...../...../

Signatures :

**La personne
représentant légal**

Nom :

Prénom :

Le

Nom :

Prénom :

Signature <i>Précédée de la mention « Lu et approuvé »</i>

Signature <i>Précédée de la mention « Lu et approuvé »</i>

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

**Gestion
administrative**.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Gestion du
budget**.....
.....
.....
.....
.....
.....

Déplacements/mobilité.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Loisirs/temps

libre.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Relations
sociales.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Relations
familiales.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Parentalité/conjugalité

Autres

4. Accompagnements antérieurs (établissements - coordonnées - dates - durée)

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

5. Permis de conduire

type : A B C D
 E

date d'obtention : /...../...../...../...../

Véhicule : oui non

6. Ressources financières

- Salaire
- Rémunération garantie
- Allocations chômage
- Indemnités journalières
- Prestations familiales
- Allocation logement
- AAH
- Pension invalidité
- Retraite
- Retraite complémentaire
- Autres (précisez)

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

LIEN FAMILIAL

Père :

Monsieur Prénom

Adresse

.....

.....

..... Tél

/...../...../...../...../...../...../

Email

.....@.....

.....

.....

Mère :

Madame Prénom

Adresse

.....



.....
..... . Tél
/...../...../...../...../...../...../

Email
.....@.....
.....
.....

Enfants :

Nom Prénom

Adresse
.....
.....

..... . Tél
/...../...../...../...../...../

Email
.....@.....
.....
.....

Nom Prénom

Adresse
.....
.....

..... . Tél
/...../...../...../...../...../

Email
.....@.....
.....
.....

Fratrerie :

Nom Prénom

Adresse
.....
.....



Tél / / / / /

Email@.....

Nom Prénom

Adresse
.....
.....
.....

Tél / / / / /

Email@.....
.....

HISTOIRE DE VIE DE LA PERSONNE

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

.....

..... . .

.....

..... .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... . .

.....

.....

.....

.....

.....

..... . .

VOLET SANTE

Coordonnées du médecin généraliste référent

Dr

Adresse

.....

.....

.....

.....

Tél /...../...../...../...../...../...../

Coordonnées des autres professionnels de santé (médecin psychiatre, infirmiers libéraux, diététicien, kinésithérapeute...)

Nom du professionnel de santé	Adresse - Coordonnées	Téléphone

Autre lieu de soin

Coordonnées	Nom du professionnel de santé	Téléphone

Sécurité sociale :

N°
d'immatriculation /...../...../...../...../...../...../.....
/...../

Adresse de de la
caisse
.....

Prise en charge 100% : oui non

Mutuelle - complémentaire santé :

Nom de l'organisme
.....

Adresse.....
.....
.....
.....

Tél /...../...../...../...../...../...../...../.....

Email
.....@.....
.....
.....

DOSSIER MEDICAL

A remplir par le médecin traitant et à mettre sous pli cacheté pour envoi au SAVS du Pays de la Roche aux Fées

NOM

Prénom

Date de naissance /...../...../...../

Lieu de naissance

Département

.....

N° d'immatriculation

Sécurité

Sociale /...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Prise en charge 100% : oui non

Invalidité : oui non

Taux /...../

Motif.....

.....

.....

1. Antécédents médicaux- chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

2. Pathologies somatiques, psychique ou autres

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

3. Traitement et observance

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

[Empty writing area with horizontal dotted lines]

**4. Remarques particulières : allergies- régime alimentaire -
préconisations..**

[Empty writing area with horizontal dotted lines]

