



L'Intervalle
Lieu-dit Bel-Air
37390 La Membrolle sur Choisille



DOSSIER D'ADMISSION **CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR L'INTERVALLE**

Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de bientôt vous accueillir à l'Intervalle. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier d'admission et de nous le renvoyer dans les plus brefs délais.

Voici la liste des documents à joindre à ce dossier

- Copie du jugement de tutelle /curatelle
- Copie de la carte d'identité
- Copie de l'attestation de carte vitale
- Copie de la carte de mutuelle
- Copie de l'ordonnance médicale : prévoir un pilulier pour vos médicaments
- Attestation de l'assurance de responsabilité civile
- L'autorisation de photo signée
- L'autorisation médicale signée

Nous restons à votre disposition et vous pouvez nous contacter à tout moment au 02 47 42 43 43.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Anne-Laure Hodimont
Coordonnatrice



ADMINISTRATIF

Nom

Prénom

Date de Naissance / / Lieu de naissance

Adresse.....

.....

N° téléphone fixe Portable

Personne à prévenir en cas d'urgence

Mesure de protection

Non Curatelle Simple Curatelle renforcée Tutelle

Nom et Prénom

Adresse.....

.....

N° téléphone fixe Portable

Adresse mail

Notification de la MDPH

Non En cours Oui : Du / / Au / /

Financement de l'Intervalle

Vous-même Demande d'aide sociale en cours

Aide sociale accordée : Du / / Au / /



Situation familiale

Père

Mère

Epoux/se

Enfants

.....

.....

Fratrie (noms et situation géographique).....

.....

.....

Auxiliaire de vie : nom et coordonnées de l'association gestionnaire

.....

.....

Dates des Etablissements fréquentés (Centre de Rééducation, service spécifiques) ...

.....

.....

.....

Origine de la demande

.....



Données médicales

Lésion cérébrales

Traumatisme Crânien Accident Vasculaire Cérébrale Tumeur

Autres : précisez

Date de la lésion

Histoire de la lésion

.....

.....

.....

	OUI	NON	PRECISIONS SI NECESSAIRES
Traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise du Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomie dans la prise du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	PRECISIONS SI NECESSAIRES
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie stabilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Déplacements

	OUI	NON	PRECISIONS SI NECESSAIRES
Seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assure ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'aide d'une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'aide d'un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigable à la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte des marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langage

	OUI	NON	PRECISIONS SI NECESSAIRES
Troubles de l'expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentation

	OUI	NON	PRECISIONS SI NECESSAIRES
Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau gélifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau gazeuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments non appréciés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....



Hygiène

	OUI	NON	PRECISIONS SI NECESSAIRES
Reconnait ses affaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va au WC seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurétique (Incontinence urinaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encoprésique (Incontinence fécale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cycle menstruel (pour les femmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour la piscine

Se déshabille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lave seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sèche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfile ses chaussettes seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas de contentions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met ses chaussures seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportements

Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduites addictives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestations agressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à s'isoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



L'Intervalle
Lieu-dit Bel-Air
37390 La Membrolle sur Choisille



Votre projet à l'Intervalle

Jours de présence envisagés (en fonction des places disponibles à l'Accueil de Jour)

- Lundi Mardi mercredi Jeudi Vendredi

Moyens de transport envisagés

- Fil Blanc Fil Bleu Fil Vert Seul Taxi Auxiliaire de Vie

Vos centres d'intérêts

.....

.....

.....

Vos attentes à l'Intervalle

.....

.....

.....

Les attentes et demandes de vos proches.....

.....

.....

.....

Nom, date et Signature