



**LE JARDIN DES FÉES**

**DOSSIER CONFIDENTIEL DE PRÉ-ADMISSION**

Merci de remplir ce document avec précision.

**1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Lieu et date de naissance : .....

Nationalité : .....

N° National : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone : .....

Lieu de vie actuel et pourquoi être candidat ?:

.....

.....

.....

Composition de famille : parents ? Fratrie ? Enfant(s) ? Conjoint ?

.....

.....

.....

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ?      o Oui      o Non

Si oui, quelles sont les coordonnées complètes du représentant légal ?

.....

.....



**2. BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE**

A. Antécédents familiaux et institutionnels (Faits marquants, placements, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Antécédents scolaires (parcours)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



C. Relations avec la famille (qualité des relations, attentes de la famille, etc.)

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

3. **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

A. La personne bénéficie-t-elle d'une orientation délivrée par la M.D.P.H. (pour les personnes de nationalité française) ?

Oui                       Non                      Département : .....

- Foyer de vie
- Foyer d'hébergement
- Foyer d'accueil médicalisé
- Maison d'accueil spécialisée

Valable du ..... au .....

B. Numéro de Sécurité Sociale : .....

Nom et adresse complète de la CPAM : .....

.....  
.....

C. Carte d'identité ou passeport :

N° .....

Valable jusqu'au .....



D. Carte d'invalidité :

N° .....

Valable jusqu'au .....

E. Assurance :

Responsabilité civile n° .....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

F. La personne bénéficie-t-elle d'une reconnaissance A.W.I.P.H. (pour les personnes de nationalité belge)?

Oui

Non

Si oui, numéro AWIPH : .....

Nom et adresse complète de la mutuelle : .....

.....

.....

Avez-vous pris contact avec le service des cas prioritaires en vue d'une convention individuelle ? .....

.....

Carte d'identité :

N° .....

Valable jusqu'au .....

Assurance :

Responsabilité civile n° .....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....



#### 4. INFORMATIONS MÉDICALES

A. Coordonnées complètes du médecin traitant :

Nom et Adresse : .....  
.....  
.....

Téléphone : .....

B. Médecins spécialistes :

Nom	Adresse	Spécialité	Téléphone
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

C. Groupe sanguin et rhésus : .....

D. Diagnostic précis : .....  
.....  
.....

Date du début des symptômes : .....

Date du diagnostic : .....

E. Les données personnelles :

- Naissance et petite enfance  
.....  
.....



- Interventions chirurgicales :

.....  
.....

- Les allergies :

.....  
.....

- Les troubles digestifs et régimes particuliers :

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

- Les maladies cardiaques et des voies respiratoires :

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

- Les maladies infectieuses et contagieuses :

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

- Vaccinations :

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



• Epilepsie :

- Crises :           o Absences                           o Petit mal                   o Grand mal  
                          o Avec incontinence           o De jour                   o De nuit

Bref historique de l'épilepsie :

.....  
.....

La personne sent-elle venir ses crises ?

.....  
.....

Facteurs des crises ?

.....  
.....

• Troubles alimentaires :

- o Anorexie           o Boulimie           o Compulsions alimentaires  
o Obésité, surpoids   o Autres : .....

.....

• Etat dentaire : .....

- Port d'un appareil dentaire ?           o Oui           o Non

• Incontinence :

- o Diurne           o Nocturne           o Fécale           o Urinaire  
o Origine psychique           o Pas de contrôles sphinctériens

Remarques : .....

.....



- La médication :

Matin

Midi

Soir

Coucher

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce traitement a – t – il été modifié récemment ou est-il instauré depuis plus d'un an ?       Oui       Non

Remarques : .....

.....

Traitement occasionnel (en cas d'agitation) ?

.....

.....

- Consommation de :

Tabac

Drogue

Alcool

Actuellement    ou     Par le passé ?

Précisez la quantité : .....

- Problèmes de vue ?       Oui       Non  
  Port de lunettes ou lentilles de contact ?       Oui       Non
- Problèmes d'audition ?       Oui       Non  
  Appareillage ?       Oui       Non







.....  
.....

B. Forme de communication et langage

Normal                                    o Oui                    o Non

Simple                                    o Oui                    o Non

Formule des demandes            o Oui                    o Non

Inexistant                              o Oui                    o Non

Langage gestuel                      o Oui                    o Non

Décrivez en quelques mots : .....

.....

.....

C. Autonomie

1) L'hygiène :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Se laver à l'évier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'essuyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se déshabiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se chausser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire les lacets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipuler un robinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller aux toilettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'essuyer après y avoir été	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : .....

.....

.....

.....



2) Les déplacements :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Marche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se déplace en fauteuil roulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- à l'intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- à l'extérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capable de franchir une marche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se déplace sur sol irrégulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peut maintenir la station debout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se repère à l'intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se repère à l'extérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se déplace en ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prend les transports en commun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : .....

.....

.....

.....

3) Les repas :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Utilise une fourchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise un couteau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise une cuillère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coupe sa viande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se verse à boire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurre le pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Met la table	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Débarrasse la table	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fait la vaisselle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait faire ses courses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait préparer des repas simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sait préparer des repas complets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : .....

.....

.....

.....



4) Les acquis :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Notions des valeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecrit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lit l'heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capable de se tenir à une tâche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Applique une consigne simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notion du futur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fait des projets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : .....

.....

.....

.....

D. Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E Sexualité (peu ou fort présente, recherche affective, troubles comportementaux ?)

.....

.....

.....



F. Eléments psychologiques (angoisses, présences d'obsessions, fragilités...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NB : Le présent document peut être accompagné d'un rapport comportemental, d'une anamnèse, d'un rapport médical ou psychologique.

<p><b>Personne(s) ayant rempli ce document :</b></p> <p>NOM, prénom :</p> <p>Fonction (parent, assistant social, infirmier, tuteur...):</p> <p>Etablissement et adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p> <p>Adresse mail :</p>
--

Ce document est à renvoyer :

- **Par courrier :** **Le Jardin des fées**  
**Monsieur Bodson, directeur**  
**Rue de la poire d'or, 32A**  
**BE 7033 Cuesmes (Belgique)**
  
- **Par fax :** **depuis la Belgique au 065/65 98 20**  
**depuis la France au 00/3265/65 98 20**
  
- **Par mail :** **direction@jardindesfees.net**

Nous vous répondrons rapidement suite à l'examen du document et vous proposerons, le cas échéant, une visite de notre établissement. Merci pour votre collaboration.