



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.V.I.Q. (pour les personnes de nationalité belge)?

Oui

Non

Si oui, numéro AVIQ :

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	0	0	0
Se déplace en fauteuil roulant	0	0	0
- à l'intérieur	0	0	0
- à l'extérieur	0	0	0
Capable de franchir une marche	0	0	0
Se déplace sur sol irrégulier	0	0	0
Peut maintenir la station debout	0	0	0
Se repère à l'intérieur	0	0	0
Se repère à l'extérieur	0	0	0
Se déplace en ville	0	0	0
Prend les transports en commun	0	0	0

Remarques :

.....

.....

.....

3) Les repas :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Utilise une fourchette	0	0	0
Utilise un couteau	0	0	0
Utilise une cuillère	0	0	0
Coupe sa viande	0	0	0
Se verse à boire	0	0	0
Beurre le pain	0	0	0
Met la table	0	0	0
Débarrasse la table	0	0	0
Fait la vaisselle	0	0	0
Sait faire ses courses	0	0	0
Sait préparer des repas simples	0	0	0
Sait préparer des repas complets	0	0	0

Remarques :

.....

.....

.....



4) Les acquis :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Notions des valeurs	0	0	0
Lit	0	0	0
Ecrit	0	0	0
Recopie	0	0	0
Lit l'heure	0	0	0
Capable de se tenir à une tâche	0	0	0
Applique une consigne simple	0	0	0
Notion du futur	0	0	0
Fait des projets	0	0	0

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.

Personne(s) ayant rempli ce document :

NOM, prénom :

Fonction (parent, assistant social, infirmier, tuteur...):

Etablissement et adresse :

.....

.....

Téléphone :

Adresse mail :

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.