|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Demande effectuée par |  |  | Hébergement |
| Date |  |  | Centre de jour |

1. **Données personnelles**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  | |
| Sexe |  | Etat civil |  | |
| Date de naissance |  | Nom de jeune fille |  | |
| Origine |  | Nationalité |  | |
| Nom et prénom du père |  | Nom et prénom de la mère |  | |
| N° AVS |  | Nom de jeune fille  de la mère |  | |
| Lieu de séjour lors de la demande d’admission |  | Depuis quand |  | |
| Préciser |  | | |
| Adresse |  | | |
| NPA  Localité |  |  | |
| @ | 🕾 | 🖁 | |
| Domicile légal |  | NPA  Localité |  | |
| Mesure de protection |  | Date de la décision |  | |
| Autre mesure |  | | |
| Nom Prénom |  | | |
| Adresse |  | | |
| NPA  Localité |  |  | |
| @ | 🕾 | 🖁 | |
| Formation  et  Expériences professionnelles |  | | | |
|  | | | |
| Type de placement |  | Statut |  | |
| Statut pénal |  | Article du Code Pénal |  | |
| Statut AI |  | Échelon de rente |  | |
| Allocation d’impotence | Copie de la décision |  | |
| Prestations Complémentaires |  | Forfait mensuel pour besoins courants |  | |
| Assurances | Assurance maladie et accident |  | | |
| Carte assuré | N° Assuré | | |
| Assurance complémentaire |  | | |
| Assurance RC |  | | |
| Pièces à transmettre à l’admission | Carte d’identité / Passeport | Carte assuré | | ½ tarif CFF |
| 3 Documents du CAAD signés | 1. Contrat admission  2. Règles intentionnelles  4. Conditions de Séjour signées | | |
| Copie du mandat de l’APEA | Autre(s) document(s) | | |

1. **Référents**

**1. Service placeur**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom / Prénom contact | Fonction | Adresse | Téléphone | E-Mail |
|  |  |  |  |  |

**2. Service payeur**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom / Prénom contact | Fonction | Adresse | Téléphone | E-Mail |
|  |  |  |  |  |

**3. Service pénal**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom / Prénom contact | Fonction | Adresse | Téléphone | E-Mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4. Médecins (généraliste, psychiatre, spécialiste)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom / Prénom contact | Fonction | Adresse | Téléphone | E-Mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5. Entourage**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Famille | Nom / Prénom contact | Adresse | Téléphone | E-Mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Situation de santé**

|  |
| --- |
| **1. Types d'atteintes, troubles et/ou problèmes associés** |
| **Psychique et mental** |
|  |
|
|
| **Troubles du comportement associés (violence, auto-mutilation...) et / ou addictions** |
|  |
|
|
| **Physique** |
|  |
|
|
| **Autres problèmes** |
|  |
|
|
|
| **2. Mesures complémentaires indispensables à fournir à la personne en situation de handicap** : |
| **Troubles du comportement / addictions** |
|  |
|
|
|
| **Sécurité / prévention** |
|  |
|
|
|
| **Soins / Traitement** |
|  |
|
|
|

1. **Projet de vie**

|  |
| --- |
|  |
| **Synthèse de la problématique** |
| |  | | --- | | **Objectifs de l’accompagnement** | |
|
|
|
|
|  |
|
|

1. **Attentes**

|  |
| --- |
| **Attentes de la personne** |
|  |
| **Attentes de l’entourage / réseau / justice** |
|  |