|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |
|       |