



CCAS

Résidence La Villeneuve – Foyer de Vie

& SAVS le Goéland

Rue Albert Camus

56300 Pluméliau

Photo d'identité

Demande Faite le :

DEMANDE D'ADMISSION

Je soussigné,

Madame :

Monsieur :

Agissant en tant que :

☐ Parent

☐ Tuteur

☐ Autre cas

Demeurant à :

Code postal : Ville :

Sollicit(ent) l'admission de :

☐ NOM :

☐ Prénom :

☐ Au foyer de vie La Villeneuve
☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Accueil permanent
☐ Au SAVS Le Goéland

Dans un établissement de type :

	ETABLISSEMENTS	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL
	Foyer d'hébergement (pour demandeurs ESAT)/ U.V.E (précisez)		
	Foyer de vie		
	Accueil de jour		
	Foyer d'accueil médicalisé		
	Maison d'accueil spécialisé		
	E.S.A.T.		

Fait à :

Le :

Signature demandeur ou tuteur :

Etat civil

Date et lieu de naissance	
Sexe	☐ Homme ☐ Femme
N° de sécurité sociale	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone	
Hébergement actuel	☐ Famille ☐ Famille d'accueil ☐ Institution
Si Institution, adresse de l'établissement	
Code postal	
Ville	
Téléphone	

Situation juridique

La personne est-elle sous tutelle ?	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, indiquer le nom du tuteur (joindre justificatif)	
La personne est-elle sous curatelle ?	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, indiquer le nom du curateur (joindre justificatif)	

Dossier MDA

Numéro de dossier	
Département	☐ Morbihan ☐ Autres
Orientation (joindre justificatif)	
Date de la décision d'orientation	
Durée	
Date d'expiration de l'orientation	
Allocation Adulte Handicapée (joindre justificatif)	☐ OUI ☐ NON
Allocation Compensatrice (joindre justificatif)	☐ OUI ☐ NON
Pension d'invalidité Sécurité Sociale (joindre justificatif)	☐ OUI ☐ NON
Reconnaissance Travailleur Handicapé (joindre justificatif)	☐ OUI ☐ NON
Carte d'invalidité (joindre justificatif)	☐ OUI ☐ NON
Taux d'invalidité	

Etablissement fréquenté au moment de la demande

Type d'établissement	☐ I.M.E. ☐ Foyer d'hébergement ☐ Foyer de vie ☐ Accueil de jour ☐ F.A.M. (FDT) ☐ Autre
Adresse de l'établissement	
Code postal	
Ville	
Téléphone	
Personne(s) à contacter	

Commentaire (s) (établissement antérieurs...) : (joindre bilan et PPA)

Eventuellement : Activité professionnelle

En attente d'admission	☐ OUI ☐ NON
Activité professionnelle exercée en	☐ E.S.A.T. ☐ Atelier protégé ☐ Entreprise
Si en activité, Adresse de l'établissement	
Code postal	
Ville	

Renseignements familiaux

NOM et Prénom du Père	
Année de naissance	/...../.....
Situation	☐ En activité ☐ Retraite ☐ Décédé
Si en activité, profession	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone	
NOM et Prénom de la Mère	
Année de naissance	/...../.....
Situation	☐ En activité ☐ Retraite ☐ Décédé
Si en activité, profession	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone	

La personne a-t-elle des frères et sœurs ?	☐ OUI ☐ NON
Nombre de frères	
Nombre de sœurs	
La personne a-t-elle bénéficié d'une scolarité ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, combien de temps ?	
Lecture	☐ OUI ☐ NON
Ecriture	☐ OUI ☐ NON
Calcul	☐ OUI ☐ NON
La personne a-t-elle suivi, ou suit-elle, des séances de rééducation ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, lesquelles ?	
Combien de temps ?	
La personne est-elle appareillée ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, quel type ?	
Autonomie de déplacements	☐ OUI ☐ NON
Si oui	
Autonomie de l'alimentation	☐ OUI ☐ NON
Autonomie de l'hygiène	☐ OUI ☐ NON
Autonomie vestimentaire	☐ OUI ☐ NON
Handicap principal	
Handicap secondaire	

Commentaire (s) :