



Association Envol Picardie
Foyer d'Accueil Médicalisé Le Chemin
81, rue Marcel GUERIN
60 280 MARGNY LES COMPIEGNE
Tel. : 03 44 36 49 10

DOSSIER A REMPLIR EN VUE D'UNE DEMANDE D'ADMISSION AU FAM LE CHEMIN

DATE DE LA DEMANDE :

Renseignements concernant le (la) candidat(e) :

NOM :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Etablissement fréquenté actuellement :

Demande présentée par :

Nom et prénom :

Adresse et numéro de téléphone :

Qualité (parent, professionnel, autre) :

PIECES A JOINDRE :

- 4 photos d'identité
- une photocopie de la carte d'assuré social
- une photocopie de votre carte de mutuelle
- une photocopie de la notification CDAPH accordant un placement en Foyer d'Accueil Médicalisé
- un compte rendu psychiatrique avec anamnèse
- un compte rendu éducatif (voir page 7)

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

*PERE :

Nom, Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse et téléphone :

Nationalité :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

N°de sécurité sociale :

*MERE :

Nom, Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse et téléphone :

Nationalité :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

N°de sécurité sociale :

*SITUATION DES PARENTS :

Mariés le :

Vie maritale depuis le :

Séparés ou divorcés le (indiquez s'il y a eu remariage ou nouvelle vie maritale de l'un ou des deux parents) :

*FRATRIE (par age décroissant) :

Nom, prénoms :.....

Date et lieu de naissance :.....

Activité ou profession :.....

Adresse (si différente de celle du candidat) :.....

Nom, prénoms :.....

Date et lieu de naissance :.....

Activité ou profession :.....

Adresse (si différente de celle du candidat) :.....

Nom, prénoms :.....

Date et lieu de naissance :.....

Activité ou profession :.....

Adresse (si différente de celle du candidat) :.....

Nom, prénoms :.....

Date et lieu de naissance :.....

Activité ou profession :.....

Adresse (si différente de celle du candidat) :.....

*Tuteur ou curateur (éventuellement) :

Nom, Prénom :.....

Adresse et téléphone :.....

COMPTE RENDU EDUCATIF : TRAME D'OBSERVATION

A remplir par l'équipe éducative de l'établissement fréquenté actuellement sur papier libre à partir de cette trame proposée.

Si elle le désire, la famille pourra apporter des informations complémentaires sur papier libre.

VIE SOCIALE

Communication, échanges avec les autres :

Comment la personne établit-elle une relation ?

Comment communique-t-elle : paroles, cris, gestes, écrits ?

Comment la personne manifeste-t-elle ses émotions positives (joies, satisfactions...) ou négatives (peurs, frustrations, colères...)?

Position dans un groupe :

La personne peut-elle participer à des activités de groupe, peut-elle intégrer des règles ?

Comment se comporte-t-elle au sein d'un groupe (indifférente, amicale, agressive), peut-elle établir une relation privilégiée. ?

Peut-elle assumer des tâches (services, tâches collectives, rangements...), peut-elle prendre des initiatives ?

Image de soi :

La personne est-elle attentive à son image, a-t-elle des goûts particuliers, exprime-t-elle des choix (vêtements, coiffures...)?

Loisirs :

La personne a-t-elle des loisirs, des goûts particuliers et des aptitudes dans ce domaine (sport, musique, sorties, vidéo, informatique...)?

VIE INTELLECTUELLE

Acquis :

La personne dispose-t-elle d'acquis scolaires (lecture, calcul, écriture, recopie de lettres ou mots, dessin) ?

La personne peut-elle réaliser des activités nécessitant une approche cognitive (puzzle, tri par couleurs ou formes, montages style légo...) ou l'utilisation d'outils particuliers (appareil de cuisine, poterie, jardinage...)?

La personne est-elle repérée dans le temps ?

Intérêt pour l'apprentissage :

La personne manifeste-t-elle de l'intérêt pour des activités pédagogiques, si oui, lesquelles ?

Peut-elle exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction, est-elle sensible aux encouragements ?

La personne peut-elle manifester de la curiosité ?

VIE AFFECTIVE

Vie familiale :

La personne est-elle située dans une construction familiale (distinction entre parents, grands-parents, frères et sœurs....), dans un repérage généalogique ?

A-t-elle une relation singulière avec tous les membres de la famille ?

Comment exprime-t-elle ses relations affectives ?

Vie amicale, affective et sexuelle :

La personne a-t-elle conscience de son identité sexuée ?

Epreuve-t-elle de la curiosité pour les représentants du sexe opposé. Peut-elle manifester une attirance affective ?

La personne peut-elle établir une relation amicale, a-t-elle des liens particuliers dans son entourage non familial ?

RAPPORT AU CORPS ET A LA SANTE

Hygiène corporelle :

La personne est-elle attentive à la propreté ou la saleté, quel est son degré d'autonomie pour son hygiène corporelle et pour aller aux toilettes ?

La personne peut-elle s'habiller seule, totalement ou partiellement ?

Entretien de l'habillement :

La personne est elle attentive à la propreté vestimentaire ?

Rapport à l'alimentation :

Quels sont les comportements alimentaires de la personne. A t-elle des goûts particuliers, peut-elle exprimer des choix ?

A t-elle besoin d'être aidée pour s'alimenter ?

Propreté de la chambre :

La personne peut-elle investir un espace personnel (chambre, bureau...). Peut-elle ranger ses affaires et réaliser quelques activités ménagères ?

Gestion de la santé :

La personne peut-elle exprimer un problème de santé. Se laisse-t-elle ausculter et accepte-t-elle de prendre les traitements qui lui sont proposés ?

COMPETENCES DANS L'ENVIRONNEMENT

Capacités de déplacement :

Dans un espace clos (jardin, local...), la personne a-t-elle besoin d'une surveillance constante ?

Peut-elle se déplacer seule dans un environnement défini et connu ?

Apprécie t-elle les voyages et peut-elle s'adapter à un lieu inconnu ?

La personne est elle repérée dans l'espace (si oui dans quel périmètre : maison, rue, quartier...) ?

La personne peut-elle fréquenter des lieux très fréquentés (grand magasin par exemple) ?

FICHE MEDICALE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR VOTRE MEDECIN

TRAITANT

Nom et adresse du médecin :.....
.....

Antécédents :

- . Médicaux
- . Chirurgicaux

Etat de santé actuel :

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

Traitement en cours :

Observations particulières :

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

Fait à.....,le...../...../.....

Cachet

Signature

ATTESTATION

Je, soussigné(e).....

Sollicite le placement de mon enfant.....

Né(e) le/...../..... à.....

Dans le foyer pour autistes géré par l'association l'ENVOL PICARDIE, 81 rue Marcel Guérin à
MARGNY LES COMPIEGNE, en internat.

J'autorise le directeur de cet établissement à prendre toutes décisions utiles en cas d'accident ou de
maladie de mon enfant et à faire pratiquer tous traitements et interventions urgents.

Fait à

le :

Signature