



Les Myosotis  
Accueil en journée  
24 rue du Général Leclerc  
67700 MONSWILLER

☎ : 06 85 36 38 37

aejm.mapamonswiller@gmail.com

## DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL EN JOURNÉE

Date de l'admission : .....

### PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : ..... Prénom (s) : .....  
Nom d'Usage : ..... Nom de jeune fille : ..... Sexe : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Courriel (E-mail) : .....  
Consentement :     oui             non             indécis             non-informée  
N° Sécurité Sociale : .....

### REVENUS

De quel(s) organisme(s) dépendez-vous ?  
 CARSAT     MSA     Fonction Publique     SNCF     MDPH     Autre : .....  
De quel(s) organisme(s) de retraite complémentaire dépendez-vous ? .....  
.....  
.....

### AIDANT PRINCIPAL / PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien avec l'Accueilli(e) : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Courriel (E-Mail) : .....

### MESURE DE PROTECTION

Curatelle :         OUI         NON  
Tutelle :          OUI         NON  
Coordonnées : .....

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Courriel (E-mail) : .....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : .....

.....

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX : .....

.....

### SOINS à DOMICILE

**IDE** : ..... **AIDE-SOIGNANT** : ..... **AVS** : .....

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....

Fréquence : ..... Fréquence : ..... Fréquence : .....

Horaires : ..... Horaires : ..... Horaires : .....

### HISTOIRE DE VIE

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Situation familiale :  Marié (e)  Veuf (ve)  Divorcé (e)  Concubinage (e)  Célibataire

Nombre d'enfants : .....

○ Nom et prénom : .....

○ Nom et prénom : .....

○ Nom et prénom : .....

○ Nom et prénom : .....

Frères, sœurs, neveux, etc. (nom, prénom, lieu de naissance) : .....

.....

.....

.....

.....

Profession ancienne : .....

Religion : .....

Anciens loisirs :

○ Activités sportives et de plein air : .....

○ Activités ludiques : .....

○ Activités manuelles et artistiques : .....

○ Activités culturelles : .....

○ Activités sociales : .....

Animal de compagnie : .....

## HABITUDES ALIMENTAIRES

- Nécessité d'aide à l'alimentation :  Oui  Non
- Sucrées  Oui  Non
- Autres : .....
- Aliments :

Aliments particulièrement appréciés : .....

Aliments particulièrement non appréciés : .....

Consistance :  normale  coupé  coupé fin  
 Haché  mixé  semi-liquide

- Régime particulier :

Aucun  Diabétique  Sans sel  
 Sans alcool  Hypocalorique

Allergies :  Oui  Non

## CAPACITÉS SENSO-MOTRICES

- Vision :  bonne  mauvaise  non-voyant  lunettes
- Audition :  bonne  mauvaise  assez bonne  surdité  appareillage
- Mobilité :

**Moyen de locomotion :**

Aucun  Avec un déambulatoire  En fauteuil roulant  
 Avec 2 cannes  Avec 1 canne  
 Avec 2 tiers  Avec 1 tiers

**Lieu de déplacement :**

A l'intérieur  à l'extérieur  En ville  Seul  Accompagné  
 Au supermarché

- Port de prothèses dentaires :  Oui  Non  Haut  Bas
- Port de protections :  Oui  Non Si oui, quel type .....
- Fréquence des changes : .....
- Accompagnement aux WC :  Oui  Non

## HUMEUR / COMPORTEMENT

- Communication :

Expression :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Difficulté d'élocution	<input type="checkbox"/> Mutisme
Cohérence :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
Orientation temporelle :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise
Orientation spatiale :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise

- Humeur :

<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Euphorie	<input type="checkbox"/> Idées suicidaires
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> Mélancolie
<input type="checkbox"/> Tristesse	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Euphorie

- Niveau de sociabilité :  Bon  Moyen  Repli sur soi

- Vie en groupe :

<input type="checkbox"/> Appréciee	<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Contacts superficiels
<input type="checkbox"/> Vie solitaire	<input type="checkbox"/> Contacts approfondis	
<input type="checkbox"/> Besoin de sollicitation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois

## ACTIVITÉS ET LOISIRS

- Activités / centre d'intérêts :

<input type="checkbox"/> Lecture	<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Broderie
<input type="checkbox"/> Cinéma	<input type="checkbox"/> Jardinage	<input type="checkbox"/> Couture
<input type="checkbox"/> Théâtre	<input type="checkbox"/> Arts plastiques	<input type="checkbox"/> Tricot
<input type="checkbox"/> Expositions	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Jeux de société
<input type="checkbox"/> Musique	<input type="checkbox"/> Mots croisés	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> Bricolage	<input type="checkbox"/> Cuisine	

Autres : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Documents à joindre : Carte d'identité

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ledit dossier.

Fait à .....

Le .....

Signature :

Nota : il est rappelé que tous ces renseignements sont considérés comme confidentiels.