

Candidature pour :  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**

- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges
- Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aix / Vienne
- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat
- Accueil de Jour de Feytiat
- Dispositif Liberté, appartements de semi-autonomie de Panazol

**Sommaire**

Fiche N°1 : Renseignements administratifs

Fiche N°2 : GEVA

Fiche N°3 : Dossier médical

Fiche N°4 : Parcours et projets de vie

FICHE N°1 (1/4)

Renseignements administratifs

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### CANDIDAT(E)

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... N° Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Statut juridique du candidat :

- Aucune protection juridique
- Curatelle
- Tutelle
- Autre : .....

Nom et coordonnées du représentant légal : .....

.....

Date de la décision du juge : .....

.....

**FAMILLE / ENTOURAGE**

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Si le (la) candidat (e) est, précédemment à son admission, hébergé(e) en famille d'accueil, préciser :  
Nom de la famille d'accueil : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom et Adresse de la Caisse d'Assurance Maladie : .....

.....

Bénéficie-t-il d'une prise en charge à 100 % au titre de l'ALD (Affection longue durée) ?

OUI NON<sup>1</sup>

Si oui Jusqu'au .....

Nom et Adresse de la mutuelle ou de la Couverture Médicale Universelle (CMU) : .....

.....

N° de dossier MDPH : .....

Domicile de secours de la personne : .....

Notification de la CDAPH :

Date .....

Orientation : .....

Droits jusqu'au.....

Aide Sociale Hébergement :

Date de validité : .....

Avec droits jusqu'au.....

N° carte d'invalidité : ..... Taux : .....

Délivrée le ..... Jusqu'au : .....

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales : .....

N° de l'allocataire : .....

Le candidat bénéficie-t-il de :

- L'Allocation Adultes Handicapées (AAH) OUI NON<sup>1</sup>

Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....

- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) OUI NON<sup>1</sup>

Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

**FICHE N°1 (4/4)**  
**Renseignements administratifs**

- L'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP) OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui Montant mensuel : .....€ Jusqu'au : .....
  
  - D'une pension d'invalidité OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....
  
  - D'une rente servie par une société d'assurance OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....
  
  - De l'aide personnalisée au logement (APL) OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....
  
  - Autres ressources, préciser lesquelles et leur montant : .....
- .....

Lieu de vie antérieur du candidat (domicile, établissement spécialisé, accueil temporaire...), adresse et dates d'accueil : .....

.....

.....

.....

.....

Raison(s) de la demande d'admission : .....

.....

.....

.....

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A....., le.....

Signature(s) :

 Pôle Adultes Hébergement 87	<b>Dossier de candidature</b>	Processus Admission	
		Version	<b>2025</b>
		Page	<b>5/16</b>

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**

- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges
- Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aix / Vienne
- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat
- Accueil de Jour de Feytiat
- Appartements de semi-autonomie de Panazol

## FICHE N°2 (1/6) Grille d'Evaluation (GEVA) et informations complémentaires

Récapitulatif (le cas échéant) des aidants professionnels intervenant régulièrement

Type d'aide hors établissement	Nom et coordonnées Fréquence de l'intervention si besoin	Type d'aide au sein de l'établissement ou service	Nom et coordonnées Fréquence de l'intervention si besoin
Auxiliaire de vie		Auxiliaire de vie	
Infirmier		Infirmier	
Kinésithérapeute		Kinésithérapeute	
Ergothérapeute		Ergothérapeute	
Orthophoniste		Orthophoniste	
Psychologue		Psychologue	
Psychiatre		Psychiatre	
Travailleur social		Travailleur social	
Autre (préciser)			

### VOLET PARCOURS PROFESSIONNEL ET DE FORMATION

**Scolarité, dernière scolarité suivie (plusieurs réponses possibles) :**

- Jamais scolarisé
- Ecole élémentaire, classe :
- Scolarisé en établissement médico-social (IME, IMPRO, ITEP...)
- Collège, classe :
- Lycée, classe :
- Enseignement technique ou professionnel court (CAP, BEP ou équivalent) :
- Enseignement technique ou professionnel long (brevet de technicien, bac pro...) :
- Université ou études supérieures (y compris technique supérieur) :
- Diplôme Obtenu :

**Situation par rapport au travail :**

- Parcours de formation professionnelle et/ ou stages :
- N'a jamais travaillé
- A déjà travaillé, mais ne travaille plus actuellement
- Travaille actuellement, Activité professionnelle (actuelle ou dernière activité) :
- Salarié secteur privé
  - Salarié entreprise adaptée
  - Salarié secteur public
  - Travailleur indépendant
  - ESAT. Si ESAT, type d'activité ou atelier :

Utilisation de machines (préciser) :

Type de contrat (de l'emploi actuel ou du dernier emploi) :

Quotité :  Temps plein     Temps partiel

Date du dernier avis du médecin du travail : . / . . / . . . .

La réalisation effective est cotée en 4 niveaux :

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté

"B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

"C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière

"D" : Activité non réalisée (quel qu'en soit le motif, celui-ci pouvant être commenté dans la rubrique « observations »)

"O" : Non concerné

**VOLET PARCOURS PROFESSIONNEL ET DE FORMATION**

Taches et exigences en relation avec formation initiale et au travail

Pour la cotation, voir ci-dessus	Réalisation effective					Observations
	A	B	C	D	O	
1. 1 Lire						
1. 2 - Déchiffrer						
1 .3 - Ecrire						
1.4 - Calculer						
8.1 Respecter les règles de base						
8.1.8 Ponctualité						
8.1.2 Assiduité						
Fatigabilité						
8.1.3 Respect de l'encadrement						
Intégration dans le groupe						
8.2 Organiser son travail						
8.3 Prendre des initiatives						
8.4 Être en contact avec le public						
8.6 Travailler en équipe						
8.7 Exercer des tâches physiques						

8.7.1 Soulever, déplacer des charges

--	--	--	--	--	--

**RECUEIL DE DONNEES EN VUE DE L'EVALUATION DES ADULTES**

**VOLET ACTIVITE : CAPACITES FONCTIONNELLES**

**TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI**

Pour la cotation, voir ci-dessus	Réalisation effective					Observations
	A	B	C	D	O	
2.1 - S'orienter dans le temps						
2.2 - S'orienter dans l'espace						
2.6.1 - Faire spontanément une demande d'aide (savoir repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaire)						
2.6.2 Entrer spontanément en relation avec autrui						
2.6.3 Entreprendre spontanément une activité simple						
2.6.4 Entreprendre spontanément une activité complexe						
2.7 - Gérer sa sécurité						
2.7.1 - Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger						
2.7.2 - Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger et apprécier les risques, adapter son comportement pour faire face)						
2.8 - Respecter les règles de vie						
2.9 - Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales						
2.10 - Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui						
2.11 - Relations avec ses pairs						
2.12 - Avoir des relations affectives et sexuelles						

**COMMUNICATION**

Pour la cotation, voir ci-dessus	Réalisation effective					Observations
	A	B	C	D	O	
3.1 - Parler						
3.2 - Entendre (percevoir les sons et comprendre)						
3.3 - Voir (distinguer et identifier)						
3.4 Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, synthèse vocale...)						
Gérer son argent						

## VOLET ACTIVITE CAPACITES FONCTIONNELLES

Pour la cotation, voir ci-dessus	Réalisation effective					Observations
	A	B	C	D	O	
4.1 – Se mettre debout						
4.1.1 Se coucher						
4.1.2 S’asseoir						
4.2 Faire ses transferts						
4.3. Changer de point d’appui						
4.4 Rester assis						
4.5 Rester debout						
4.6 Marcher						
4.7 Se déplacer						
4.7.1 Se déplacer à l’intérieur						
4.7.2 Se déplacer à l’extérieur						
4.8 Utiliser les escaliers						
4.9. Utiliser les transports en commun						
4.10 Utiliser un véhicule particulier						
4.1.1 Conduire un véhicule						
4.12 Utiliser la préhension de la main dominante						
4.13 Utiliser la préhension de la main non domin.						
4.14 Avoir des activités de motricité fine						
4.15 Avoir la coordination bi manuelle						
4.16 Soulever et porter des objets						

## VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE

Pour la cotation, voir ci-dessus	Réalisation effective					Observations
	A	B	C	D	O	
6.1 Faire des courses						
6.2 - préparer un repas simple						
6.3 - Faire le ménage						
6.4 - Savoir gérer son linge et ses vêtements						
6.6.1 - Gérer son argent de poche						
6.6.3 - Faire des démarches administratives						

6.7 - Vivre seul dans un logement indépendant					
6.8 - Avoir des relations informelles de voisinage					
6.9 - Participer à la vie communautaire, sociale et civique					
6.9.1 - Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles sorties ou de loisirs					
6.9.2 - Exprimer une demande liée à ses droits					
6.9.3 - Participer à la vie sociale de l'établissement					

### VOLET ACTIVITE Vie quotidienne et Soins

Pour la cotation, voir ci-dessus	Réalisation effective					Observations
	A	B	C	D	O	
5.1 Se laver						
5.3 Assurer l'élimination et utiliser les toilettes						
5.4 - S'habiller / se déshabiller						
5.5 Prendre ses repas (manger, boire)						
5.6 Prendre soin de son régime alimentaire, de sa santé						
5.6.3 - Exprimer une demande de soins						

#### **Besoins concernant l'alimentation**

Allergies alimentaires : .....

.....

Régime alimentaire culturel (sans porc, végétarien etc...) .....

.....

Apport alimentaire :

Normal  Haché  Mixé  Hypocalorique  Hypercalorique

Apport hydrique :

Normal  Epaisi  Gazéifié  Aromatisé

Temps approximatif et conditions particulières du repas (installations particulières de l'usager ou du personnel, lieu, isolement ...) : .....

.....

Adaptations particulières pour les repas (tablette, pipette, rebord d'assiette, ...)

.....

.....

Prise de traitement médical :

Autonome  Aide partielle  Aide totale

Remarques : .....

## Habillage, déshabillage, toilette

	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Aide technique
Hygiène visage				
Coiffage				
Rasage				
Brossage de dent				
Hygiène du tronc				
Toilette des bras				
Toilette du dos				
Toilette intime				
Toilette membres inférieurs				
Habillage haut du corps				
Habillage bas du corps				
Déshabillage du haut du corps				
Déshabillage du bas du corps				
Chaussures				

Remarques : .....

**Quelles activités aimez-vous faire ?**

**Autres renseignements utiles que vous souhaitez transmettre à l'équipe :**

 Pôle Adultes Hébergement 87	<b>Dossier de candidature</b>	Processus Admission	
		Version	<b>2025</b>
		Page	<b>11/16</b>

Candidature pour :  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

Sur le site :

- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges
- Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aix / Vienne
- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat
- Accueil de Jour de Feytiat
- Dispositif Liberté, appartements de semi-autonomie de Panazol

## DOSSIER MEDICAL

<b>FICHE N°3 (1/4)</b> <b>DOSSIER MEDICAL</b> <b>CONFIDENTIEL</b>
---

### CANDIDAT(E)

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

N° Téléphone(s) fixe et/ou mobile : .....

Adresse mail : .....

### MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

N° Téléphone(s) fixe et/ou mobile : .....

Adresse mail : .....

### DIAGNOSTIC / PATHOLOGIE

Description du handicap : .....

Troubles associés : .....

.....

Origine du handicap  Congénitale  Maladie  Accident

Acquis depuis : .....

ANTECEDENTS

Médicaux : .....

.....

Chirurgicaux : .....

.....

Allergies : .....

.....

Autres : .....

.....

OBSERVATIONS CLINIQUES

Taille : ..... Poids : .....

Déficits moteurs : .....

.....

Troubles sphinctériens :

- Incontinence urinaire :     Diurésie                       Enurésie  
 Incontinence fécale

Si incontinence urinaire :

- Protection                       Etui pénien                       Stomie  
 Sonde urinaire                       Sondage évacuateur                       Autres : .....

Si incontinence fécale :

- Protection                       Stomie                       Sondage évacuateur  
 Lavements                       Autres : .....

Troubles respiratoires :

- Pathologie : .....
- Appareillage : .....
- Autres : .....

**Troubles neurologiques :**

.....  
.....

**Comitialité**       oui                       non

Type de crises     Grand mal     absences     autres : .....

Fréquence : .....

Crises traitées     oui                       non

Crises stabilisées  oui depuis quand : .....       non

Prévention, facteurs favorisants et conduite à tenir en cas de crise :

.....  
.....

**Troubles trophiques (escarres, varices...) :**

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

**Déficits sensoriels :**

Visuel : .....

Auditif : .....

Tactile : .....

Sensibilité à la douleur : .....

**Troubles du langage :** .....

.....

**Troubles du métabolisme :**

Diabète                      Si oui :  type 1                       type 2

Autres .....

**Troubles psychiques :** .....

.....  
.....

**TRAITEMENTS ACTUELS / VACCINS**

Traitements médicamenteux	Matin	Midi	Soir	Coucher

Traitements « si besoin »	Protocole d'administration

Vaccins	Dates injections et rappels

**PRISE EN CHARGE PARA-MEDICALE**

**Kinésithérapie**     oui, nombre de séances par semaine : .....     non

**Soins infirmiers**     oui     non

Si oui, nature des soins et fréquence : .....

.....

**Ergothérapie**     oui, fréquence : .....     non

**Psychologie**     oui, fréquence : .....     non

Autre : .....

.....

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A....., le.....

Signature(s) :

 Pôle Adultes Hébergement 87	<b>Dossier de candidature</b>	Processus Admission	
		Version	<b>2025</b>
		Page	<b>15/16</b>

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**

- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges
- Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aix / Vienne
- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat
- Accueil de Jour de Feytiat
- Appartements de semi-autonomie de Panazol

## **PARCOURS ET PROJETS DE VIE**

**FICHE N°4 (1/1) Parcours et projets de vie**

### CANDIDAT(E)

NOM : .....

Prénom : .....

### INFORMATIONS DIVERSES

Parcours de vie : .....

.....

.....

Motivation et projets : .....

.....

.....

Compétences : .....

.....

.....

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A ..... , le .....

Signature(s) :

 Pôle Adultes Hébergement 87	Dossier de candidature	Processus Admission	
		Version	<b>2025</b>
		Page	<b>16/16</b>

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**

- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges**
- Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aixe / Vienne**
- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat**
- Accueil de Jour de Feytiat**
- Dispositif Liberté, appartements de semi-autonomie de Panazol**

### **Pièces à fournir**

Pour toute admission ou accueil temporaire ou accueil d'urgence, le candidat devra fournir :

- Dossier de candidature renseigné
- Notification MDPH
- Attestation de prise en charge Aide Sociale en cours de validité.
- Ordonnance de mesure de protection
- Responsabilité civile
- Carnet de vaccination
- Ordonnance et protocole médical en cas de comitialité.
- Ordonnance et protocole médical en cas de diabète de type 1 ou 2.
- Ordonnance et protocole médical en cas de troubles trophiques (escarres, varices...)
- Lettre de motivation pour dispositif Liberté