

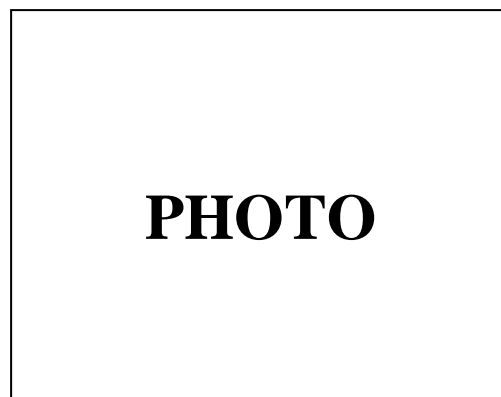


# DEMANDE D'ADMISSION

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE NAISSANCE : .....





# DEMANDE D'ADMISSION

DOSSIER Num : ...../.....  
Rédigé le ...../...../.....  
Par : .....

## Coordonnées du candidat :

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Lieu et date de naissance.....
- Num Carte identité : .....
- Nationalité.....

## Coordonnées des Parents et /ou Tuteur Légal :

### PARENTS :

.....  
.....  
.....  
Téléphone : ..... Fax : .....

### PARENTS ( SI ADRESSE DIFFERENTE ) :

.....  
.....  
.....  
.....  
Téléphone : ..... Fax : .....

### TUTEUR LEGAL :

.....  
.....  
.....  
Téléphone : ..... Fax : .....



# RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

## 1. Composition de la famille

|         | Nom et prénom | Profession | Etat civil | Né le | Décédé le |
|---------|---------------|------------|------------|-------|-----------|
| Père    |               |            |            |       |           |
| Mère    |               |            |            |       |           |
| Fratrie |               |            |            |       |           |
|         |               |            |            |       |           |
|         |               |            |            |       |           |
|         |               |            |            |       |           |
|         |               |            |            |       |           |

**Remarques :** .....

.....

.....

## 2. Relations entre les membres de la famille (comment la personne est-elle perçue au sein de sa famille, fréquence des retours ?)

.....

.....

.....

.....

## 3. Relations avec des personnes proches extérieures au réseau familial ? Développer.

.....

.....

.....

.....



# RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

1. **la personnalité** : la perception de soi-même, d'autrui, des événements, l'affectivité, fonctionnement interpersonnel :

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

2. **Test psychologique** (Weschler, TAT, Roorschaach, Epi...)

| <i>Date</i> | <i>Nom du test</i> | <i>Résultats obtenus</i> |
|-------------|--------------------|--------------------------|
| .../.../... | .....              | .....                    |
| .../.../... | .....              | .....                    |
| .../.../... | .....              | .....                    |
| .../.../... | .....              | .....                    |
| .../.../... | .....              | .....                    |

3. **La personne présente-t-elle :**

|  | Oui -Non | Brève description |
|--|----------|-------------------|
| - des symptômes psychotiques   |          |                   |
| - des symptômes dépressifs   |          |                   |
| - des symptômes maniaques  |          |                   |
| - des symptômes anxieux  |          |                   |
| - des symptômes liés à une substance                                     |          |                   |
| - des symptômes phobiques  |          |                   |
| - des symptômes obsessionnels-compulsifs                                 |          |                   |
| - des symptômes somatoformes   |          |                   |
| - des symptômes relevant d'une problématique de l'identité sexuelle      |          |                   |
| - des symptômes relevant d'une problématique du contrôles des impulsions |          |                   |



#### 4. **Traits de personnalité :**

La personne présente-t-elle des traits :

*Paranoïdes (brève description)*

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

*Schizoïdes (brève description)*

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

*Schizotypiques (brève description)*

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

*Antisociaux (brève description)*

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

*Borderlines (brève description)*

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

*Histrioniques (brève description)*

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

*Narcissiques (brève description)*

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

*Évitants (brève description)*

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

*Dépendants (brève description)*

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

*Obsessionnel-compulsifs (brève description)*

.....



.....  
.....

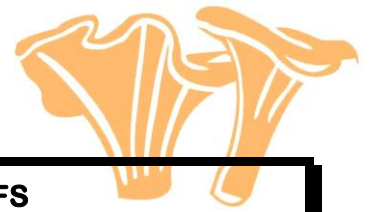
*Autres (brève description)*

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

**5. Sur quel aspect trouvez-vous important d'attirer notre attention ?**

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

Un compte-rendu psychologique peut être annexé en lieu et place du questionnaire.



## PARTIE IV : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### **1. Allocation de remplacement de revenus et d'intégration.(pour les ressortissants belges)**

#### **Allocation adultes handicapés(pour les ressortissants français)**

- Percevez-vous une allocation ?  oui  non

- Si non : - Avez-vous introduit une demande ?  oui  non

- Si oui, à quelle administration communale et à quelle date ?

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

- Si oui : - Numéro du dossier :

.....

- Numéro matricule :

.....

- Versées à

.....

- Montant

.....

- Pourriez-vous joindre une copie de la décision ?

### **2. Allocations familiales.**

- Percevez-vous des allocations familiales?  oui  non

- Si oui : - Caisse ( dénomination )

.....

.....

- Adresse :

.....

.....

- Numéro d'affiliation

.....

- Versées à

.....

- Montant

.....

- Pourriez-vous joindre une copie du talon ?



### 3. Mutuelle pour les Belges ou Sécurité Sociale pour les Français

- Organisme assureur :

.....  
.....

- Dénomination et adresse :

.....  
..... ☎ : .....

- Numéro d'inscription :

.....

### 4. Statut juridique.

Aucune mesure

Minorité prolongée

- Tuteur :

nom-prénom :

.....

adresse :

.....

.....

☎ : .....

Mesure de défense sociale

- Décision du tribunal judiciaire

de.....

.....

- Date.....

- Juge .....

☎ : .....

- Date de la révision .....

Tutelle /Curatelle :

- nom-prénom du représentant légal .....

Adresse.....

☎ .....

Autres.....

☎ : .....





## **5. Divers**

**Adresse de votre Commune ou Mairie.**

- Adresse.....  
.....  
☎ : .....

**Adresse de la COTOREP qui s'occupe de votre dossier.**

- Adresse.....  
.....  
- Nom de la personne de référence.....  
..... ☎ : .....

- Date d'échéance de l'orientation  
.....

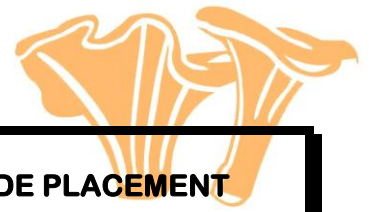
**Adresse du conseil Général qui vous concerne.**

- Adresse.....  
.....  
- Nom de la personne de référence.....  
..... ☎ : .....

- Date de la révision .....  
.....

**Assurances.**

- Adresse.....  
.....  
- Nom de la Compagnie.....  
..... ☎ : .....



**PARTIE V : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE DE PLACEMENT**

1° Demande de placement émanant de .....

2° Motif de la demande de placement  
.....  
.....  
.....

3° Comment la personne envisage-t-elle son placement ?  
.....  
.....  
.....

4° Scolarité ( niveau des études suivies ) et établissements fréquentés  
.....  
.....  
.....

5° Placements précédents :

| DENOMINATION | DATE D'ENTREE | DATE DE SORTIE | MOTIF SORTIE | TELEPHONE |
|--------------|---------------|----------------|--------------|-----------|
|              |               |                |              |           |
|              |               |                |              |           |
|              |               |                |              |           |

6° Souhais et demandes particulières (retour en famille, fréquence, vacances etc.)  
.....  
.....  
.....

7° Occupations actuelles  
.....  
.....  
.....



## PARTIE VI : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Rempli par : .....

Fonction : .....

### 1. Fiche médicale

Taille : .....

Poids : .....

Groupe sanguin : .....

Rh : .....

### 2. Médecin traitant

Nom : .....

Adresse : .....

☎ : .....

### 3. Médecins spécialistes éventuels

Nom : ..... Adresse : ..... ☎ : .....

.....

.....

.....

### 4. Vaccinations

|   |                    |                                     |                    |
|---|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Polio          | Date : .../.../... | <input type="checkbox"/> Diphtérie  | Date : .../.../... |
| <input type="checkbox"/> Tétanos        | Date : .../.../... | <input type="checkbox"/> Coqueluche | Date : .../.../... |
| <input type="checkbox"/> Autres : ..... |                    |                                     |                    |

### 5. Antécédents héréditaires de la personne à admettre

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie                | <input type="checkbox"/> Epilepsie ou autre maladie nerveuse  |
| <input type="checkbox"/> Maladie mentale         | <input type="checkbox"/> Diabète                              |
| <input type="checkbox"/> Obésité                 | <input type="checkbox"/> Maladies nerveuses (à préciser)..... |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | .....   |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétique       | <input type="checkbox"/> Autres affections : .....            |

Si des personnes de la famille ont été atteintes ou sont décédées des maladies précitées, veuillez l'indiquer en précisant le degré de parenté par rapport à la personne à admettre.

.....

.....

.....



6. Antécédents personnels

**\* Renseignements concernant la grossesse.**

- Age de la maman au début de la grossesse : .....

- Grossesse normale  oui  non

*Si non :*

Menace de fausse couche  oui  non

Irradiation aux rayons  oui  non

Toxoplasmose  oui  non

Rubéole  oui  non

Autres : .....

- Naissance normale :  oui  non

*Si non :*

L'enfant est-il né avant terme ?  oui  non

L'enfant est-il né au-delà du terme ?  oui  non

L'accouchement a-t-il donné lieu à une intervention importante (forceps, césarienne,...) ?  oui  non

L'enfant a-t-il respiré rapidement ?  oui  non

Est-il resté longtemps bleu ?  oui  non

Est-il resté apparemment sans vie ?  oui  non

Lui a-t-on administré de l'oxygène ?  oui  non

Lui a-t-on administré une transfusion de sang ?  oui  non

Remarques éventuelles : .....

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

- Poids et taille à la naissance : .....

**\* Evolution de l'enfant :**

|   | Ages  |
|---|-------|
| <i>Station assise</i>                   | ..... |
| <i>Station debout</i>                   | ..... |
| <i>La marche</i>                        | ..... |
| <i>Apparition des premiers mots</i>     | ..... |
| <i>Apparition des premières phrases</i> | ..... |
| <i>Propreté sphinctérienne le jour</i>  | ..... |
| <i>Propreté sphinctérienne la nuit</i>  | ..... |

Y a-t-il eu un ralentissement ou une accélération de son développement ?  
 Circonstances.

.....  
 .....



## 7. Antécédents proprement dits

### ↳ Vue

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Myopie             | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Hypermétropie |
| <input type="checkbox"/> Fatigue visuelle   | <input type="checkbox"/> Strabisme       | <input type="checkbox"/> Lunettes      |
| <input type="checkbox"/> Opérations : ..... | <input type="checkbox"/> Astigmatisme    |  |

### ↳ Nez-gorge-oreilles

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficiences auditives | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Angines   |
| <input type="checkbox"/> Otite                 | <input type="checkbox"/> Mastoïdites     | <input type="checkbox"/> Opération |
| <input type="checkbox"/> Autres.....           | <input type="checkbox"/> Sinusite        |                                    |

### ↳ Voies respiratoires

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toux fréquentes | <input type="checkbox"/> Rien à signaler     | <input type="checkbox"/> Asthme    |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose     | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Pleurésie |
| <input type="checkbox"/> Autres.....     | <input type="checkbox"/> Broncho-pneumonie   |                                    |

### ↳ Système nerveux

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Méningite        | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Spasme du sanglot |
| <input type="checkbox"/> Crises nerveuses | <input type="checkbox"/> Encéphalite     | <input type="checkbox"/> Traumatisme       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Convulsions     |  |
| <input type="checkbox"/> Autres.....      |  |  |

### ↳ Cœur et circulation

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Essoufflement anormal | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Palpitations           |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque     | <input type="checkbox"/> Lèvres bleues   | <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Autres.....           | <input type="checkbox"/> Vertiges        |   |

### ↳ Voies digestives

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vomissements fréquents | <input type="checkbox"/> Rien à signaler      | <input type="checkbox"/> Diarrhée          |
| <input type="checkbox"/> Constipation           | <input type="checkbox"/> Crises d'acétone     | <input type="checkbox"/> Salmonellose      |
| <input type="checkbox"/> Crises de foie         | <input type="checkbox"/> Vers dans les selles | <input type="checkbox"/> Sténose du pylore |
| <input type="checkbox"/> Appendicite            | <input type="checkbox"/> Hépatite             |  |
| <input type="checkbox"/> Autres.....            | <input type="checkbox"/> Hernie               |  |

### ↳ Troubles endocriniens

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Rien à signaler |
|                                   | <input type="checkbox"/> Diabète         |

### ↳ Manifestations allergiques

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urticaire       | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Eczéma |
| <input type="checkbox"/> Croûtes de lait | <input type="checkbox"/> Rhume des foins |                                 |
| <input type="checkbox"/> Autres.....     |  |                                 |



- ↳ Maladies infantiles
- |                                      |  |                                    |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scarlatine  | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Rubéole   |
| <input type="checkbox"/> Oreillons   | <input type="checkbox"/> Rougeole        | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Autres..... | <input type="checkbox"/> Coqueluche      |                                    |

- ↳ Organes génitaux
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Testicules non descendus | <input type="checkbox"/> Rien à signaler |
| <input type="checkbox"/> Autres.....              | <input type="checkbox"/> Phimosis        |

- ↳ Voies urinaires
- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infections des reins | <input type="checkbox"/> Rien à signaler | <input type="checkbox"/> Albuminurie |
| <input type="checkbox"/> Autres.....          | <input type="checkbox"/> Cystite         |                                      |

- ↳ Système osseux
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ostéite                      | <input type="checkbox"/> Rien à signaler         |
| <input type="checkbox"/> Déviation colonne vertébrale | <input type="checkbox"/> Rhumatisme              |
| <input type="checkbox"/> Myopathie                    | <input type="checkbox"/> Traitement orthopédique |
| <input type="checkbox"/> Autres.....                  |  |

- ↳ Accidents
- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fractures             | <input type="checkbox"/> Rien à signaler    | <input type="checkbox"/> Brûlures |
| <input type="checkbox"/> Commotions cérébrales | <input type="checkbox"/> Plaies importantes |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autres.....           |   |                                   |

- ↳ Autres maladies
- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Malaria  | <input type="checkbox"/> Rien à signaler |
| <input type="checkbox"/> Autres : | <input type="checkbox"/> Mononucléose    |

- ↳ Hospitalisation       oui       non

Si oui, quand et où?.....  
Pourquoi ?.....  
.....  
.....  
.....

### 8. Médication actuelle

Laquelle ?.....  
Depuis quand ?.....  
Pourquoi ?.....

Nom et adresse du neurologue  
traitant :.....  
.....



Quels médicaments prend-t'il et à quelle dose ?

| Nom du médicament | Doses |      |      |         |
|-------------------|-------|------|------|---------|
|                   | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|                   |       |      |      |         |
|                   |       |      |      |         |
|                   |       |      |      |         |
|                   |       |      |      |         |
|                   |       |      |      |         |

**9 Gynécologie :**

Est-elle sous contraception ?  OUI  non

Si oui, quel moyen utilise-t'elle ? .....

**10. Divers :**

- A -t'il déjà consulté des médecins spécialistes ?  oui  non

Lesquels ?

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

Pourquoi ?

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

Quand ?

.....

- Doit-il suivre un régime alimentaire ?  oui  non

Lequel ?

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

- Est-il allergique à certains médicaments ?  oui  non

Lesquels ?

.....

- Allergies connues : .....



11. Etat actuel

**La personne présente-t'elle l'une des manifestations suivantes :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête                    | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil                        |
| <input type="checkbox"/> Pertes d'appétit                | <input type="checkbox"/> Cauchemars                                 |
| <input type="checkbox"/> Constipation                    | <input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement               |
| <input type="checkbox"/> Diarrhées                       | <input type="checkbox"/> Somnambulisme                              |
| <input type="checkbox"/> Vomissements                    | <input type="checkbox"/> Durée du sommeil $\pm$ 9 heures            |
| <input type="checkbox"/> Maux de ventre                  | <input type="checkbox"/> Autres :.....                              |
| <input type="checkbox"/> Toux fréquente                  | <input type="checkbox"/> Syncopes /pertes de conscience même brèves |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement rapide à l'effort | <input type="checkbox"/> Palpitations                               |
| <input type="checkbox"/> Douleurs dans le thorax         | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire                      |
| <input type="checkbox"/> Incontinence fécale             | <input type="checkbox"/> Fréquents besoins d'uriner                 |
| <input type="checkbox"/> Idem avec sensation de brûlure  | <input type="checkbox"/> Résistance à l'effort                      |
| <input type="checkbox"/> Fatigabilité importante         | <input type="checkbox"/> Divers :.....                              |

**Si la personne est épileptique :**

***Date et circonstance de la première crise :***

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

***Cause présumée de son état :***

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

***Fréquence des crises (depuis un an) :.....***

***Description des crises actuelles :***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> absences (obnubilation passagère)     | <input type="checkbox"/> de jour                                      |
| <input type="checkbox"/> avec incontinence                     | <input type="checkbox"/> de nuit                                      |
| <input type="checkbox"/> avec contractions continues           | <input type="checkbox"/> précédée d'un cri                            |
| <input type="checkbox"/> état d'engourdissement après la crise | <input type="checkbox"/> avec des contractions successives (toniques) |
| <input type="checkbox"/> autres :.....                         | <input type="checkbox"/> ronflement                                   |

***Facteurs favorisant la crise :***

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

***Autres détails éventuels : E.E.G.***

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

***Durée moyenne de la crise :***

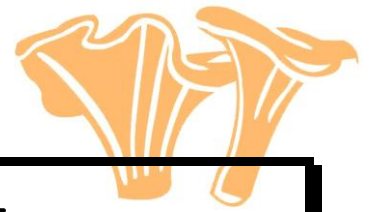
.....  
.....





## **12. Diagnostics psychiatriques**

- **Actuels :**    **Axe I du DSM IV (troubles cliniques)**  
                  **Axe II du DSM IV (troubles de la personnalité, retard mental)**  
                  **Axe III du DSM IV (affections médicales générales)**  
                  **Axe IV du DSM IV (problèmes psycho-sociaux)**  
                  **Axe V du DSM IV (évolution globale du fonctionnement)**
  
- **Antérieurs :** **Axe I du DSM IV (troubles cliniques)**  
                  **Axe II du DSM IV (troubles de la personnalité, retard mental)**  
                  **Axe III du DSM IV (affections médicales générales)**  
                  **Axe IV du DSM IV (problèmes psycho-sociaux)**  
                  **Axe V du DSM IV (évolution globale du fonctionnement)**



## PARTIE VII : NIVEAU D'ADAPTATION SOCIALE

Rempli par : ..... Fonction : .....

### 1. A table.

**Choisir dans les 3 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne**

- Mange correctement sans surveillance
- Mange seul mais a besoin d'une surveillance occasionnelle
- A besoin d'une aide directe pour manger

- |  |                              |                              |                                    |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Utilise correctement ses couverts      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Reste correctement assis sur sa chaise | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Boit proprement                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| A tendance à la gourmandise            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                    |
| Se sert correctement                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Utilise la serviette                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Mange de tout (même un peu)            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                    |

### 2. L'habillement

**Choisir dans les 3 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne**

- S'habille seul correctement sans surveillance
- S'habille seul mais a besoin d'une surveillance occasionnelle
- A besoin d'aide pour s'habiller

- |  |                              |                              |                                    |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Lorsqu'il s'habille, ajuste ses vêtements    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Change de vêtements lorsque c'est nécessaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Prend soin de ses vêtements                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Range ses vêtements                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |

### 3. La propreté

**Choisir dans les 4 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne**

- Se lave seul correctement sans surveillance et spontanément
- Se lave seul correctement sans surveillance, mais avec rappel (ou sur demande).
- Se lave correctement mais a besoin d'une surveillance ( ordre imparfait, ...)
- A besoin d'une aide physique directe pour se laver

**Cocher si la personne habituellement**

- |                                  |                              |                              |                                    |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Se brosse les dents correctement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se coiffe                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se lave les cheveux              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se coupe les ongles              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |



- |                         |                              |                              |                                    |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Se rase                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se mouche               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se nettoie les oreilles | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |

**Commentaires éventuels**

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

4. Propreté sphinctérienne

**Choisir dans les 3 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne**

- Prend l'initiative d'aller aux toilettes le jour comme la nuit. N'a jamais d'accidents
- Prend l'initiative d'aller aux toilettes le jour uniquement
- Ne retient pas toujours ses urines le jour comme la nuit

**Commentaires éventuels**

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

5. Déplacements

**Cocher si la personne habituellement**

- |  |                              |                              |                                    |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Prend seul le train sur un itinéraire connu        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Prend seul le bus sur un itinéraire connu          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Traverse une rue avec feux rouges                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Suit un itinéraire connu à pied                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Roule en vélo en respectant les règles de sécurité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |

**Commentaires éventuels**

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

6. Activités ménagères

**Cocher si la personne habituellement**

- |   |                              |                              |                                    |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Refait son lit                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Cire ses chaussures                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Achète un article dans un petit magasin | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Met la table                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Plie ses vêtements                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Cuit une nourriture simple              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Fait une tartine                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Lave et essuie la vaisselle             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Epluche des fruits                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |



### **Commentaires éventuels**

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

### **7. Sociabilité**

#### **Cocher si la personne habituellement**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Participe volontiers à des activités de groupe | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Coopère avec d'autres                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Témoigne d'un savoir vivre suffisant           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Respecte le bien des autres                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Respecte l'intimité des autres                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

### **Commentaires éventuels**

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

### **8. Communication**

#### **Cocher si la personne habituellement**

- |  |                              |                                     |
|--|------------------------------|-------------------------------------|
| Comprend des consignes simples                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non        |
| S'exprime verbalement de façon compréhensible  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non        |
| Exprime ses sentiments                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non        |
| Utilise un autre moyen d'expression que verbal | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non lequel |

### **Commentaires éventuels**

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

### **9. Acquis scolaires**

#### **Cocher si la personne habituellement**

- |   |                              |                              |                                    |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Ecrit son nom et son prénom                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Ecrit une lettre simple                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Déchiffre un message écrit simple                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Lit un message simple                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Lit l'heure   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Reconnaît les différentes pièces et billets habituels | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Manipule l'argent sans erreur                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Orientation spatiale                                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Orientation temporelle                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec aide |



## Commentaires éventuels

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

### 10. Activités

Quel genre d'activités occupationnelles pratique-t'il ?

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

Quels sont ses loisirs préférés ? (sport, musique,...)

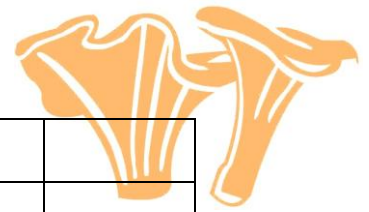
.....  
.....  
.....

Quelles sont les activités auxquelles il s'adonne de préférence pendant ses temps libres ? (lecture, jeux,...)

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

### 11. Comment la personne est-elle dans la vie de tous les jours ?

|                                | Avant          |          | Maintenant     |          |
|--------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|
|                                | Occasionne<br> | Fréquent | Occasionne<br> | Fréquent |
| Timide                         |                |          |                |          |
| Peureuse                       |                |          |                |          |
| Anxieuse                       |                |          |                |          |
| Méfiante                       |                |          |                |          |
| Rancunière                     |                |          |                |          |
| Solitaire                      |                |          |                |          |
| Exprime peu ses sentiments     |                |          |                |          |
| Exprime trop ses sentiments    |                |          |                |          |
| A besoin d'attirer l'attention |                |          |                |          |
| Aime plaire                    |                |          |                |          |
| Triste                         |                |          |                |          |
| Colérique                      |                |          |                |          |
| Se replie sur elle-même        |                |          |                |          |
| Passive                        |                |          |                |          |
| Active                         |                |          |                |          |
| Lente                          |                |          |                |          |
| Idées bizarres                 |                |          |                |          |
| Parle fort                     |                |          |                |          |
| Langage bizarre                |                |          |                |          |



|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Epreuve des difficultés à se concentrer |  |  |  |  |
| Ment                                    |  |  |  |  |
| A besoin d'être rassurée                |  |  |  |  |
| Vole                                    |  |  |  |  |
| Consomme de l'alcool                    |  |  |  |  |
| Consomme de la drogue                   |  |  |  |  |
| Voyeurisme                              |  |  |  |  |
| Homosexualité                           |  |  |  |  |
| Exhibitionnisme                         |  |  |  |  |
| A peu d'estime d'elle                   |  |  |  |  |
| Se sent inférieure                      |  |  |  |  |
| Est mal dans sa peau                    |  |  |  |  |
| Influénçable                            |  |  |  |  |
| A des habitudes                         |  |  |  |  |
| Aime découvrir                          |  |  |  |  |
| Aime la vie en groupe                   |  |  |  |  |
| Partage                                 |  |  |  |  |
| Serviable                               |  |  |  |  |
| Vite inquiète                           |  |  |  |  |
| A des plaintes physiques                |  |  |  |  |
| Respecte autrui                         |  |  |  |  |
| A besoin d'être admirée                 |  |  |  |  |
| Perfectionniste                         |  |  |  |  |
| Rigide                                  |  |  |  |  |
| Têtue                                   |  |  |  |  |

**12. Sur quel aspect trouvez-vous important d'attirer notre attention ?**

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

**13. Quels sont vos desiderata quant à la prise en charge de votre enfant et / ou protégé par l'équipe du foyer « Les Chanterelles » ?**

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





## PARTIE VIII : ANNEXES

Rempli par : .....

Fonction : .....

Nous joignons à la présente les documents suivants :

Copie de la carte d'identité Recto-Verso

Copie de l'avis MDPH en cours

Copie de l'aide sociale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....