



*Asbl L'Evasion*

*Etablissement de réadaptation pédagogique et sociale*

**Dossier de candidature**  
**Foyer de vie**  
**Maison d'accueil spécialisée**

Dossier rédigé le .... / ..... / .....

Par : .....

Fonction : .....

N° de contact : .....

# I. Coordonnées de la personne

---

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Date de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... Pays : .....

Adresse de secours : .....  
.....

- Demande d'accueil par M. / Mme : .....
- Nom du service : .....
- Coordonnées : .....
- Fonction : .....

Coordonnées du tuteur légal : .....  
.....

N° de sécurité social : ..... Adresse : .....

N° d'affiliation CAF : ..... Adresse : .....

N° de référence MDPH : ..... Adresse : .....

- Orientation
  - FOA Date de validité : .....
  - MAS Date de validité : .....
  - FAM Date de validité : .....

- Carte d'invalidité : OUI ou NON  
Taux : ..... Date de validité : .....

- Allocation compensatrice (AAH) : OUI ou NON  
Taux : ..... Date de validité : .....

- Dossier d'aide sociale : OUI ou NON  
Conseil général de : .....

## II. Renseignement familial

### De type 1 : Parents et fratrie

	Nom + Prénom	Domicile	N° de téléphone contact	Date de naissance	Etudes- Profession(s)	Information particulière (décès, divorce, maladie...)
Père						
Mère						
Fratrie						

Quelle est sa relation avec les membres de sa famille : .....

.....  
.....

Y a-t-il des retours en familles ou autres et à quelles fréquences : .....

.....  
.....

Comment sont-ils vécus ? : .....

.....  
.....

**De type 2 : vie conjugale**

	Nom + prénom	Domicile	N° de téléphone contact	Date de naissance	Etudes-Profession	Information particulière (mariage, décès, séparation, maladie...)
Conjoint(e)						
Enfant(s) Descendance						

Quelle est sa relation avec les membres de sa famille : .....

.....  
 .....

Y a-t-il des retours en familles ou autres et à quelles fréquences : .....

.....  
 .....

Comment sont-ils vécus ? : .....

.....  
 .....

### III. Parcours scolaire et professionnel

---

#### **Scolarité :**

- Expérience scolaire (date et niveau) :.....  
.....  
.....
- Quel type d'enseignement? .....
- Diplôme ou brevets obtenus ? :.....  
.....  
.....
- Un projet de formation est-il actuellement en cours? : .....

#### **Parcours professionnel :**

La personne a-t-elle un parcours professionnel ? .....

Quel travail effectuait- elle ? :.....  
.....  
.....  
.....

Pour quel horaire ? : .....

Comment était qualifié son comportement au travail ? :.....  
.....

La personne a-t-elle un parcours professionnel adapté ? De quel type ?

- ESAT (CAT)
- Atelier protégé
- Autre : .....

Expliquez brièvement (fonction, horaire, comportement...), .....

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

## IV. La demande d'aide

---

Quelles sont les raisons qui motivent cette demande d'admission?

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

Handicap – diagnostic -pathologie : .....

.....

Actuellement, la personne se trouve :

- Au domicile familial (conjoint(e))
- Au domicile des parents - fratrie
- Dans un établissement : .....
- Autres : .....

Comment la personne envisage-t-elle son projet de vie? .....

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

A-t-elle des attentes concernant son placement ? (Retour famille, vacances, activités particulières...)

.....  
.....

Placements antérieurs

Nom de l'établissement et adresse	Internat - Externat	Date d'entrée & motif	Date de sortie & motif de la sortie

## 1. Alimentation

Capacités :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Surveillance
- Prothèse
- Autre : .....

Habitudes – comportement à table : .....

.....

## 2. Hygiène corporelle

Sa lave :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Autre : .....

Se brosse les dents :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Autre : .....

Se coiffe :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Autre : .....

Se rase :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Autre : .....

### **3. Habillement**

Capacités :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Autre : .....

### **4. Propriétés sphinctériennes**

Capacités :

- Seul
- Stimuler
- Aide physique
- Autre : .....

Enurésie diurne :	OUI ou NON
Enurésie nocturne :	OUI ou NON
Encoprésie diurne :	OUI ou NON
Encoprésie nocturne :	OUI ou NON

### **5. Orientation-Déplacement :**

La personne sait se repérer au sein de l'établissement	OUI ou NON
La personne sait se repérer dans les lieux extérieurs	OUI ou NON
Est capable de gérer ses déplacements quotidiens	OUI ou NON
Est capable de gérer sa sécurité	OUI ou NON
Quelles sont ses limites pour les déplacements ?.....	
.....	
Remarques particulières : .....	



## 6. Repérage temporel

A la notion du temps	OUI ou NON
Sait respecter un horaire	OUI ou NON
Sait lire l'heure	OUI ou NON

## 7. Argent

La personne est-elle autonome pour la gestion de son argent	OUI ou NON
A-t-elle la notion de l'argent	OUI ou NON
Effectue-t-elle seule des achats	OUI ou NON
Remarques particulières : .....	

## 8. Communication/échange

La personne s'inscrit-elle facilement dans la relation avec l'adulte	OUI ou NON
S'inscrit-elle dans la relation avec d'autres résidents	OUI ou NON
Recherche-t-elle l'exclusivité avec l'adulte	OUI ou NON
Utilise-t-elle le langage verbal pour se faire comprendre	OUI ou NON
Utilise-t-elle le langage non verbal pour se faire comprendre	OUI ou NON
Recherche plutôt l'ambiance d'un groupe	OUI ou NON
Recherche plutôt à être seul	OUI ou NON
Remarques particulières : .....	

## 9. Organisation de vie

Heure du coucher : .....	
Heure du lever : .....	
La personne se lève t- elle la nuit	OUI ou NON
A-t-elle besoin d'une surveillance la nuit	OUI ou NON
A-t-elle le sourire au lever	OUI ou NON
A-t-elle besoin de faire la sieste	OUI ou NON
Sait se surveiller pour être à l'heure :	OUI ou NON
A besoin d'un tiers pour se lever :	OUI ou NON

Quel est actuellement le profil d'une journée type : .....

.....

.....

.....

.....

Quels sont ses centres d'intérêts : .....

.....  
.....  
Pour quelle(s) activité(s), montre-elle une préférence, une motivation ? .....

**10. Entretien de son lieu de vie**

Capacité :

- Seul
- Stimuler
- Guidance verbale
- Aide physique
- Autre : .....

## VI. Comportement inadéquats

---

La personne a-t-elle des comportements et postures stéréotypées ? OUI ou NON

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

La personne a-t-elle des comportements de retrait et d'évitement ? OUI ou NON

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

La personne a-t-elle des comportements socialement inadéquats ? OUI ou NON

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

La personne a-t-elle déjà fugué ou tenté de fuguer ? OUI ou NON

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

La personne a-t-elle des comportements anti-sociaux ? OUI ou NON

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

La personne a-t-elle des comportements sexuels inadéquats ? OUI ou NON

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

La personne a-t-elle des comportements de violence ou d'agression ? OUI ou NON

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

Comment gère-t-elle sa frustration ?.....

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

La personne a-t-elle des antécédents de comportement automutilation et/ ou de suicide ? OUI ou NON

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

# VII. Données médicales

---

## 1. Informations administratives

Suivi médical (nom+ coordonnées) : .....

Médecin psychiatre (nom+ coordonnées) : .....

Médecin généraliste (nom+ coordonnées) : .....

Spécialiste(s) (nom+ coordonnées) : .....

.....

## 2. Paramètre généraux :

Taille : .....

Poids : .....

Groupe sanguin : .....

Rh : .....

Vaccination

Date

- |                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> Polio         | ...../..... |
| <input type="radio"/> Tétanos       | ...../..... |
| <input type="radio"/> H1N1          | ...../..... |
| <input type="radio"/> Coqueluche    | ...../..... |
| <input type="radio"/> Autre : ..... | ...../..... |
| <input type="radio"/> .....         |             |

Prothèse : .....

.....

Allergie : .....

.....

Affection : .....

.....

Régime : .....

.....

### 3. Antécédents généraux

<b>ORL</b>	○ Rien à signaler		
	Otite récidivante	OUI	NON
	Sinusite	OUI	NON
	Trouble de l'équilibre	OUI	NON
	Déficiences auditives	OUI	NON
	Chirurgie/ autre : .....	OUI	NON
<b>Cardio-vasculaire</b>	○ Rien à Signaler		
	Hypertension	OUI	NON
	Embolie	OUI	NON
	Trouble du rythme	OUI	NON
	Essoufflement anormale	OUI	NON
	Palpitation	OUI	NON
Autre : .....	OUI	NON	
<b>Pulmonaire</b>	○ Rien à Signaler		
	Bronchite chronique	OUI	NON
	Asthme	OUI	NON
	Broncho-pneumonie	OUI	NON
	Toux fréquente	OUI	NON
	Tuberculose	OUI	NON
	essoufflement d'effort	OUI	NON
Autre : .....	OUI	NON	
<b>Neurologique</b>	○ Rien à signaler		
	Traumatisme	OUI	NON
	Epilepsie	OUI	NON
	Perte de connaissance	OUI	NON
	Méningite	OUI	NON
	Encéphalite	OUI	NON
	Convulsions	OUI	NON
Autre : .....	OUI	NON	
<b>Ophthalmique</b>	○ Rien à signaler		
	Chirurgie récente	OUI	NON
	Diminution de l'acuité visuelle	OUI	NON
	Port de lunette	OUI	NON
Autre : .....	OUI	NON	
<b>Voies digestives</b>	○ Rien à signaler		
	Vomissement fréquent	OUI	NON
	Constipation	OUI	NON
	Crise de foie	OUI	NON
	Diarrhée	OUI	NON
	Appendicite	OUI	NON
	Crise acétone	OUI	NON
	Hernie	OUI	NON
	Hépatite	OUI	NON
Autre : .....	OUI	NON	



