



I.E.M DE MONTRODAT D'ADMISSION



NOM :
.....

Prénom :
.....

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

ADMINISTRATIF

MÉDICAL

VIE QUOTIDIENNE

**HABITUDES DE
VIE**

**DOCUMENTS A
FOURNIR**



**INSTITUT D'ÉDUCATION
MOTRICE DE
MONTRODAT**

1 route du Centre
48100 MONTRODAT

www.allfs.fr

Tel. 04 66 49 58 02

secretariatcem@centredemontrodât.fr

sas.cem@centredemontrodât.fr

► CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCUEIL DEMANDÉ

INTERNAT

EXTERNAT

COURT-SÉJOUR

► ORIGINE DE LA DEMANDE

Famille

Établissement

Autre :



ADMINISTRATIF

► COORDONNÉES

Adresse :
Code Postal : Ville :
Domicile de secours :

2 ► MÉDECIN TRAITANT - OBLIGATOIRE

NOM / Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone :
E-mail :

► PROTECTION JURIDIQUE (POUR LES MAJEURS)

L'intéressé(e) est-il (elle) sous un type de mesures (tutelle, curatelle) ?

OUI NON

Si « OUI » laquelle ? Date du jugement ?

Nom du représentant :

Lien avec la personne concernée (famille...) - précisez :

Adresse / Téléphone / e-mail du représentant :

.....

Si « non », une demande est-elle en cours ?

► PLACEMENT ASE (POUR LES MINEURS)

Date de la mesure

Département de l'Aide Sociale :

Nom et prénom du référent

Adresse :

Téléphone : E-mail :

► SITUATION ACTUELLE

Votre situation actuelle :

- Logement familial
- Famille d'accueil
- Etablissement Médico-Social :

Adresse actuelle :

Autre (Précisez) :

ADMINISTRATIF



► RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Le père

Non-connu Marié Célibataire Divorcé Décédé

NOM : **Prénom :**

3 ► Date de naissance : Lieu de naissance :

► Profession Nationalité :

► CONTACTS si Urgence NON OUI OUI en premier

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Autorité Parentale : OUI NON

Droit de visite : OUI NON Droit hébergement : OUI NON

La mère

Non-connu Mariée Célibataire Divorcée Décédée

NOM : **Prénom :**

► Date de naissance : Lieu de naissance :

► Profession Nationalité :

► CONTACTS si Urgence NON OUI OUI en premier

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Autorité Parentale : OUI NON

Droit de visite : OUI NON Droit hébergement : OUI NON

ADMINISTRATIF

Famille d'Accueil

Pas de famille d'accueil

NOM : **Prénom :**

▶ Date de naissance : Lieu de naissance :

▶ CONTACTS si Urgence NON OUI OUI en premier

Adresse :

4 Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Frères & sœurs

NOM : Prénom : Date de naissance :

NOM : Prénom : Date de naissance :

NOM : Prénom : Date de naissance :

NOM : Prénom : Date de naissance :

NOM : Prénom : Date de naissance :

NOM : Prénom : Date de naissance :

NOM : Prénom : Date de naissance :



ADMINISTRATIF

Parents proches & autorisations sorties et/ou visites

Grand-Mère Grand-Père Tante Oncle

AUTRE > Précisez

NOM : **Prénom :**

5 ► **Droit de visite** NON OUI > Weekends Vacances

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Grand-Mère Grand-Père Tante Oncle

AUTRE > Précisez

NOM : **Prénom :**

► **Droit de visite** NON OUI > Weekends Vacances

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Grand-Mère Grand-Père Tante Oncle

AUTRE > Précisez

NOM : **Prénom :**

► **Droit de visite** NON OUI > Weekends Vacances

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Nom + prénom de l'Usager

ADMINISTRATIF



► SOCIO-ADMINISTRATIF

Régime de Sécurité Sociale

Numéro SS N° :

- Joindre la copie de la carte vitale + attestation de droits à jours

6 Adresse la Caisse d'affiliation :

Code Postal : Ville :

Mutuelle / Complémentaire Santé

Nom :

Numéro de contrat :

Adresse:

Code Postal : Ville :

- Joindre la copie de l'attestation en cours de validité ou copie de la carte

CAF – Caisse d'Allocation Familiale

Nom :

Numéro d'allocataire :

Adresse:

Code Postal : Ville :

MDPH

Nom :

Adresse:

Code Postal : Ville :

Taux d'incapacité :

Orientation(s) :

► CARTES > Mobilité Inclusion stationnement NON OUI Validité :

► CARTES > Mobilité Inclusion invalidité NON OUI Validité :

RC – Assurance de Responsabilité Civile

Nom :

Numéro de contrat :

Adresse:

Code Postal : Ville :

- Joindre la copie de l'attestation en cours de validité

Nom + prénom de l'Usager

Assurance Fauteuil Roulant

Nom de l'Assurance :

Numéro de contrat :

Adresse:

Code Postal : Ville :

- Joindre la copie de l'attestation en cours de validité

ADMINISTRATIF

► DROIT A L'IMAGE



Chaque individu a un droit exclusif à son image et l'utilisation qui en est faite.

Dans le cadre de la vie quotidienne et des actions proposées par notre établissement, nous pouvons être appelés pour des raisons d'animations à enregistrer et à diffuser des images d'évènements auxquels vous aurez participé : fête de Noël, carnaval, Halloween, fête de l'été Téléthon, évènements sportifs (ski, tennis de table, sarbacane, semi-marathon Marvejols-Mende...), fêtes locales...

► Merci de nous indiquer votre souhait en cochant ci-dessous votre choix : ✓

Je donne mon autorisation pour un usage interne au C.EM

(Expositions, journal de notre IEM, affichage...)

Je donne mon autorisation pour un usage externe à l'IEM (Presse écrite, expositions, reportages tv...)

Je refuse toute utilisation de son image.

► TRANSPORTS

Weekends & Vacances

Axe Haute-Loire Axe SUD-EST SUD-OUEST

Axe Cantal Puy-de-Dôme/Allier Paris

MARTINIQUE GUADELOUPE SAINT-MARTIN GUYANE

Adresse :

Période d'essai : WEEKENDS retour en famille particuliers :

Circulation :

Taxi ou VSL TPMR Ambulance

Fauteuil Manuel Pliable Fauteuil Roulant Manuel non pliable

Fauteuil Roulant électrique Assise sur fauteuil véhicule Siège-Auto

Autre :

ADMINISTRATIF



► PARCOURS DE L'USAGER

Établissements fréquentés

NOM : VILLE : DATES D'ACCUEIL :

9 NOM : VILLE : DATES D'ACCUEIL :

NOM : VILLE : DATES D'ACCUEIL :

NOM : VILLE : DATES D'ACCUEIL :

Commentaires :

Scolarité

NIVEAU SCOLAIRE ACTUEL :

ÉTABLISSEMENT : VILLE :

MODALITÉS DE SCOLARISATION : Ordinaire SEGPA ULISS

Autre

AVS SCOLAIRE ? OUI NON

Si « OUI » > INDIVIDUELLE MUTUALISÉE

TEMPS DE CLASSE HEBDOMADAIRE :

AMÉNAGEMENTS NÉCESSAIRES :

Séjours adaptés

Lieux : Dates :

Lieux : Dates :

Lieux : Dates :

Lieux : Dates :

MÉDICAL



► NATURE DU HANDICAP

- Efficience Intellectuelle :
- Troubles associés :



1

► GESTION DE SA CARTE VITALE

De plus en plus de professionnels de santé nous imposent de **présenter la carte vitale de chaque Usager lors des rendez-vous**. Cette situation devient problématique pour les familles qui n'ont pas transmis la carte vitale originale au Secrétariat Médical de notre établissement.

► Deux solutions s'offrent à vous – merci de cocher votre souhait : ✓

Je communiqué l'original de la carte vitale à l'IEM > Secrétariat Médical

Je souhaite conserver la carte vitale, mais je m'engage à assurer intégralement le suivi médical de mon enfant/protégé en transmettant les copies des comptes rendus médicaux.

► DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

NOM : Prénom :

► PRESTATAIRES EXTÉRIEURS

INFORMATIONS >

Nom + prénom de l'Usager



MÉDICAL

Diagnostic principal

:

11

Diagnostic(s) associé(s)

:

Antécédents

:

Appareillage(s)

LUNETTES AUDITIFS DENTAIRE Corset-Siège

:

Traitements

NB : Pour toutes les périodes d'accueil, fournir 72h de traitements + dispositifs médicaux

:

Médicamenteux : :

Soins infirmiers (Types de soins et régularité) : :

MÉDICAL

Suivi psychologique et/ou neuropsychologique :

.....

Kinésithérapie (Type de soins et régularité):

12

Ergothérapie (Type de soins et régularité) : :

Psychomotricité (Type de soins et régularité) : :

Orthophonie (Type de soins et régularité) : :

Autres : :

Suivi(s) médicaux

NB : Indiquer les coordonnées du/des spécialiste(s) qui ont assuré(s) le suivi

.....



MÉDICAL

Allergies

:

13

Vaccinations à jour

OUI NON

:

État respiratoire

Trachéotomie : OUI NON

Si « oui », préciser le type :

Ventilation non invasive : OUI NON

Autres informations importantes

Etat orthopédique, état trophique, troubles métaboliques, troubles sphinctériens...


:



VIE QUOTIDIENNE

14

	Niveau d'indépendance (besoin en aide humaine ou matérielle)	Précisions et/ou types d'aides
Habillage	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	.....
Déshabillage	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	.....
Toilette du visage (Soins d'apparence)	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	.....
Toilette du corps (Douche)	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Aide Humaine : <input type="checkbox"/> Aide matérielle : <input type="checkbox"/> Chaise douche fixe <input type="checkbox"/> Chaise douche avec petites roues <input type="checkbox"/> Chaise douche avec grandes roues <input type="checkbox"/> Chaise douche inclinable <input type="checkbox"/> Lit douche
Elimination	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> Hétérosondage <input type="checkbox"/> Autosondage Référence des sondes :	<input type="checkbox"/> Aide Humaine : <input type="checkbox"/> Aide matérielle : <input type="checkbox"/> Barre d'appui <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Pistolet <input type="checkbox"/> Chaise percée <input type="checkbox"/> Rehausseur WC <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Port de protections : (Taille et type)

.....		
<p>Repas</p> 	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Aide Humaine : <input type="checkbox"/> Aide matérielle : <input type="checkbox"/> Table réglable en hauteur <input type="checkbox"/> Couverts adaptés <input type="checkbox"/> Assiette à rebord <input type="checkbox"/> Paille <input type="checkbox"/> Antidérapant <input type="checkbox"/> Gobelet <input type="checkbox"/> Autre : <p>HYDRATATION :</p> <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Épaissi <input type="checkbox"/> Gélifié <input type="checkbox"/> Autre : <p>ALIMENTATION ENTÉRALE :</p> Produit / Quantité / Débit / Horaires : <p>PRESTATAIRE :</p> Référence du procédé : Dernier changement de procédé : <p>RÉGIME :</p> Surveillance à préciser : <p>ALLERGIES / INTOLÉRANCES :</p>
<p>Sommeil</p>		<input type="checkbox"/> Aide Humaine : <input type="checkbox"/> Aide matérielle :

		<p>LIT & MATELAS</p> <p><input type="checkbox"/> Lit classique <input type="checkbox"/> Lit médicalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Matelas classique</p> <p><input type="checkbox"/> Matelas prévention classe 1</p> <p><input type="checkbox"/> Matelas prévention classe 2</p> <p><input type="checkbox"/> Matelas prévention classe 3</p> <p><input type="checkbox"/> Sur-matelas <input type="checkbox"/> Matelas à air</p> <p>MATÉRIEL POSITIONNEMENT Coussins, appareillages nocturnes...</p> <p>.....</p> <p>POSITIONNEMENT Spécifier</p> <p>.....</p>
<p>Transfert</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune aide</p> <p><input type="checkbox"/> Aide Partielle</p> <p><input type="checkbox"/> Totale</p>	<p><input type="checkbox"/> Aide Humaine :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Aide matérielle :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Disque de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Planche de transfert <input type="checkbox"/> Guidon de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Verticalisateur électrique</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne - Préciser type et taille de sangle :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – préciser</p> <p>.....</p>
<p>Déplacements</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune aide</p> <p><input type="checkbox"/> Aide Partielle</p> <p><input type="checkbox"/> Totale</p>	<p><input type="checkbox"/> Aide Humaine :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Aide matérielle :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Flèche <input type="checkbox"/> Tricycle</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel</p>

Nom + prénom de l'Usager

		<input type="checkbox"/> Pliable <input type="checkbox"/> Non-pliable <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Autre – préciser
Gestion des effets personnels (linge, rangement chambre...) Étiqueter chaque effet avec le NOM et PRENOM	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	.....
Gestion du budget	<input type="checkbox"/> Aucune aide <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Argent de Poche <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Liquide
Autres informations importantes		.....

17

HABITUDES DE VIE

18

Activités journalières	.....
Capacité visuelles / neuro visuelle	.....
Expression	.....
Compréhension	.....
Comportement	.....
Orientation	.....
Temps de repos dans la journée	.....

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

► DOCUMENTS ADMINISTRATIF

- Copie de la CARTE D'IDENTITÉ et/ou PASSEPORT
- Copie de la CARTE D'INVALIDITÉ Copie de la CARTE DE STATIONNEMENT
- Attestation des DROITS à la SÉCURITÉ SOCIALE
- Copie et/ou original de la CARTE VITALE
- Copie de votre MUTUELLE ou COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
- Copie de votre attestation d'Assurance > RESPONSABILITÉ CIVILE
- Copie de votre attestation d'Assurance > FAUTEUIL ROULANT
- Notification Orientation CDAPH > **IEM (Obligatoire)**
- Notification Orientation CDAPH : AAH – AEEH – PCH
- Décision du jugement de mesure de protection Décisions jugement ASE
- Copie du LIVRET DE FAMILLE
- PHOTO D'IDENTITÉ

► DOCUMENTS MÉDICAUX – SOUS PLI CONFIDENTIEL

- Copies du CARNET DE VACCINATIONS ORDONNANCES
- DOSSIER MÉDICAL complété BILANS > Hospitalisations
- BILANS > Psychologiques / Rééducation / Paramédicaux / autres
- Directives anticipées Autorisation de SOINS

► AUTRES DOCUMENTS :

- GEVASCO
- COMPTES-RENDUS des différents accompagnements (Rééducation, médical...)
- BILANS > ÉDUCATIF
- PROJET PERSONNALISÉ TROUSSEAU COMPLÉTÉ