



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
 Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL DE JOUR

DATE DE LA DEMANDE :	
----------------------	--

Choisir le service demandé (possibilité d'un seul ou les 2 choix en indiquant un ordre de priorité).
 :

ACCUEIL DE JOUR LA FONTAINE 5, avenue Franklin Roosevelt	ACCUEIL DE JOUR CLAIR SOLEIL 3, rue de la Faïence
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ordre Priorité :	Ordre Priorité :

INFORMATIONS DU PARTICIPANT A L'ACCUEIL DE JOUR

NOM :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date de Naissance :	Lieu de naissance :
Adresse actuelle :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Adresse mail :	
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Vit Seul <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Autre :
Régime de protection juridique :	NON <input type="checkbox"/> TUTELLE <input type="checkbox"/> CURATELLE <input type="checkbox"/> HABILITATION FAMILIALE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____

	REFERENT FAMILIAL	PERSONNE A QUI ADRESSER LES FACTURES (si différent)
NOM - Prénom		
Lien avec le participant		
Téléphone fixe/mobile	/	/
Adresse mail		
Adresse		

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM :	Prénom :
Lien avec le participant :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Adresse mail :	
Adresse	



MAISON de SANTÉ
PROTESTANTE

Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL DE JOUR

DEMANDE DE PARTICIPATION

Nombre de jours par semaine demandés :

Préférences sur les journées : OUI NON

Cocher les journées souhaitées : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

VOLET ADMINISTRATIF

INFORMATIONS A DONNER	Pièces à fournir	
SECURITE SOCIALE N° de Sécurité Sociale : Nom de la Caisse de SS : Adresse de la Caisse de SS :	Copie papier d'attestation de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) Vous bénéficiez de l'APA à Domicile : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/> Niveau de GIR indiqué :	Copie papier de la notification d'attribution et du plan d'aide	<input type="checkbox"/>
IMPOTS SUR LES REVENUS	Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition	<input type="checkbox"/>
CAISSE DE RETRAITE GENERALE NOM : Adresse :		
CAISSE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE NOM : Adresse :		
MUTUELLE NOM : Adresse :	Copie de la carte	<input type="checkbox"/>



MAISON de SANTÉ
PROTESTANTE

Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL DE JOUR

ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE / INTERVENANTS ACTUELS

MEDECIN TRAITANT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nom - Prénom : Téléphone Adresse : Mail :
INFIRMIER(E) A DOMICILE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nom(s) – Prénom(s) : Téléphone : Adresse : Mail : Nombre de passages journaliers :
AIDE A DOMICILE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	STRUCTURE : Téléphone : Mail : Nombre d'heures par semaine : Jours de passage : LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> MERCREDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> SAMEDI <input type="checkbox"/> DIMANCHE <input type="checkbox"/>
KINESITHEPEUTE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nom - Prénom : Téléphone : Adresse : Mail :
SSIAD OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	STRUCTURE : Nom(s) – Prénom(s) : Téléphone : Adresse : Mail :
AUTRE (ESA, Maia, mandataire, autre paramédicaux, etc.)	Préciser : Coordonnées :
	Préciser : Coordonnées :
	Préciser : Coordonnées :
	Préciser : Coordonnées :



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL DE JOUR

HISTOIRE DE VIE

Ancienne profession :	
Vit actuellement : EN MAISON <input type="checkbox"/> EN APPARTEMENT <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> Préciser :	
Quel est le lien entretenu avec la famille ?	
Principaux événements marquants de la vie (mariage, naissances, accomplissements, décès, etc.)	
Autres informations souhaitant être partagées :	

Nombre d'enfants		Nombre de petits-enfants	
Veuf(ve)			

Contacts proches (enfants, petits-enfants, frères, sœurs, amis proches, etc.)

Nom-Prénom	Lien	Ville	Téléphone

HABITUDES DE VIE

Actuellement :

Je vis seul Je vis avec mon conjoint(e) Autre Précisez :

Comment occupez-vous votre journée ?

Partez-vous en voyage ? en vacances ? NON OUI

Précisez :



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL DE JOUR

Etes-vous inscrit(e) dans un ou plusieurs clubs ? NON OUI

Précisez :

Pratiquez-vous ou pratiquiez-vous un sport ou des loisirs ? NON OUI

Précisez :

Aimez-vous être en compagnie d'autres personnes ? NON OUI

Avez-vous un animal de compagnie ? NON OUI SI OUI, PRECISEZ LEQUEL :

Centres d'intérêts, sujets dont j'aime discuter :

HABITUDES QUOTIDIENNES

Heures de lever habituellement :

Je bois le matin : Du café Du thé Autre Précisez :

Mon plat préféré :

La cuisine : Je fais la cuisine J'aide pour la cuisine ou je me fais aider Je me fais livrer des repas

Heures habituelles du repas :

Midi :	Goûter :	Soir :
--------	----------	--------

Allergies alimentaires :

Aversions alimentaires (régime sans poisson, fromage, etc.) :

Régime alimentaire :

Diabétique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Sans sel : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Hypocalorique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Hypercalorique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Texture adaptée : Mixé <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Boissons épaissies <input type="checkbox"/> Viande/Poisson mixé et légumes entiers <input type="checkbox"/>	Autres :

Habitudes de sorties : Sorties quotidiennes Sorties hebdomadaires Précisez :

Appareils paramédicaux et aides techniques :

Appareil dentaire Appareil auditif Lunettes Fauteuil Roulant Déambulateur Canne

Signes distinctifs :

Effets personnels :

Je dispose d'un téléphone portable : OUI NON si oui, numéro de téléphone :

Sac à main ou sacoche : OUI NON si oui, description :

Hygiène : Va aux toilettes : SEUL AVEC AIDE

Protections (à fournir) : CHANGES COMPLETS PANTS SERVIETTES HYGIENIQUES

**Merci d'avoir rempli cette partie administrative.
La partie médicale est renseignée par le médecin traitant**



Institution à but non lucratif, reconnue d'utilité publique depuis 1872

EHPAD | Résidence autonomie | Maisons en Partage | Habitat inclusif
Services d'Accueil de Jour | Unité dédiée aux Personnes Handicapées Vieillissantes | SENES DOMI (EHPAD à domicile)

DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL DE JOUR

VOLET MEDICAL

A faire remplir impérativement par votre médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur de l'EHPAD du QUAI DE LA FONTAINE OU DE CLAIR SOLEIL avec une photocopie de la dernière ordonnance en cours.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux :

Pathologies actuelles : en cours :

Allergies :

Intolérances médicamenteuses :

Vaccination (inscrire les dates) :

Grippe :

Tétanos :

Covid+ :

Autres :

Fonctions sensorielles

Audition :

Vision :

Autre :

Niveau de GIR :

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).