



DOSSIER DE CANDIDATURE

CONSTITUTION DU DOSSIER

Partie I : Renseignements administratifs

Partie II : Eléments personnels et historiques

Partie III : Fiche médicale (à remplir par un médecin)

Partie IV : Compte-rendu psychiatrique (à remplir par un médecin psychiatre)

Partie V : Souhaits et avis de la famille (ou demandeur) et de la personne concernée

Partie VI : Autorisations

Pièces à joindre au dossier :

- **photocopie de la carte d'assuré social et de mutuelle**
- **photocopie de la carte d'invalidité**
- **photocopie de la carte d'identité**
- **photocopie de l'ordonnance de tutelle (ou curatelle)**
- **photocopie des notifications de la COMMISSION DES DROITS (anciennement COTOREP)**
- **photocopie du carnet de santé**
- **photocopie des certificats de vaccination**
- **compte-rendu psychiatrique récent**
- **photocopie de tous les éléments de synthèses, comptes-rendus d'examens psychologiques, certificats médicaux...**

Nom et qualité de la personne ayant établi le dossier :

Placement sollicité par :

Partie I : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM :

PRENOMS :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

Nationalité :

Y a-t-il une mesure de tutelle (ou curatelle) ?

Si oui, nom et adresse du tuteur (ou curateur) :

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

Résidence habituelle de l'intéressé (e)

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

De ses parents :

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

Numéro de téléphone et e- mail :

SECURITE SOCIALE :

N° d'immatriculation :

Etes-vous l'assuré ?

Nom et adresse de l'assuré :

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

Adresse de la caisse d'affiliation :

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

Régime : général

autre (à préciser) :

Mutuelle :

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

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

N° d'affiliation :

Adresse de la caisse :

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

Allocations perçues :

COMMISSION DES DROITS (anciennement COTOREP) :

Dossier n° :

Adresse :

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

Orientation prononcée : Date d'échéance :

Pourcentage d'invalidité reconnu :

Carte d'invalidité :

N° :

Date de délivrance :

Partie III : FICHE MEDICALE (à remplir par un médecin)

Type de handicap ou de maladie :

Origine du handicap ou de la maladie :

Antécédents personnels :

Anomalies chromosomiques :

Affections congénitales :

Maladies infectieuses :

Maladies et affections (asthme, souffle au cœur, épilepsie, hépatite, etc....) :

.....

.....

Interventions chirurgicales :

.....

.....

Allergies :

Antécédents familiaux :

.....

.....

.....

.....

Etat général :

Taille :

Poids :

Surveillance(s) particulière(s) :

Remarques :

Etat somatique :

Appétit :

Sommeil :

Acuité visuelle :

Audition :

Traitement :

.....

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

.....

Fait à le

Signatures et cachet (indispensables)

Partie IV : COMPTE-RENDU PSYCHIATRIQUE (à remplir par un médecin psychiatre)

Examens psychologiques :

Nature, dates, observations

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

Affectations psychiatriques (préciser la forme, l'évolution, les troubles associés éventuels...)

Pathologie du caractère :

.....
.....

Troubles névrotiques :

.....
.....

Troubles psychotiques :

.....
.....

État déficitaire :

.....
.....

Autres :

.....
.....

Perspectives d'évolution du handicap :

.....
.....

Traitements :

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

Degré d'autonomie :

Faut-il aider pour les actes ordinaires de la vie quotidienne ? (se lever, marcher, se coucher, s'habiller, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes...)

.....

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

La station debout est-elle pénible ?

Y a-t-il besoin d'accompagnement lors des déplacements ?

Une surveillance constante (autre que médicale) est-elle nécessaire ?

Comportement :

Difficultés apparentes (troubles du comportement) :

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

Comportement en groupe :

.....
.....

Relations avec les autres :

.....
.....

Connaissances :

Lecture :

Ecriture :

Culture générale :

Activités appréciées :

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

Fait à, le

Signatures et cachet (indispensables)

Partie V : SOUHAITS ET AVIS DE LA FAMILLE ET DE LA PERSONNE CONCERNEE

FAMILLE :

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

PERSONNE CONCERNEE :

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

Partie VI : AUTORISATIONS

Je soussigné,
agissant en qualité desollicite le placement de
..... à l'Arche Marseille

Fait à, le

Signature

Je soussigné autorise le Directeur de l'Etablissement à prendre toute
décision d'hospitalisation nécessaire en cas d'accident ou de maladie grave.

Fait à, le

Signature

Dossier à renvoyer à :

Commission Famille
Arche à Marseille
97 rue de Tilsit
13006 Marseille