

Fiche de demande d'inscription

Demande adressée par :

- un parent ou un proche d'une personne handicapée
- services sociaux
- un professionnel d'un établissement médico-social
- autre :

Réservé à l'APAEI
Date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Renseignements sur la personne handicapée :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

N° SÉCURITE SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CARTE D'INVALIDITÉ : OUI, préciser le taux d'invalidité :
 NON

TUTELLE : OUI, préciser le nom du tuteur :
 NON

DÉCISION MDPH : OUI. Orientation :
 NON

Renseignements sur l'aidant :

NOM DU TUTEUR OU DU PARENT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE PORTABLE : TÉLÉPHONE FIXE :

E-MAIL :

PROFESSION DU PÈRE : PROFESSION DE LA MÈRE :

NOMBRE DE FRÈRES : NOMBRE DE SŒURS :

Antécédent de la personne handicapée :

La personne a déjà été prise en charge dans un établissement médico-social :

- OUI
- NON

Si oui, préciser :

1 - ÉTABLISSEMENT : PÉRIODE :

2 - ÉTABLISSEMENT : PÉRIODE :

3 - ÉTABLISSEMENT : PÉRIODE :

Nature de la demande :

INSTITUT MÉDICO-ÉDUCATIF

Sans hébergement

Avec internat

En famille d'accueil

E.S.A.T.

(Etablissement et Service d'Aide par le Travail)

Sans hébergement

Avec hébergement en Foyer

En famille d'accueil

MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE

S.A.J.H.

(Service d'Activités de Jour et d'Hébergement)

Sans hébergement

Avec hébergement

F.O.A.

(Foyer Occupationnel pour Adultes vieillissants)

RÉSIDENCE

APPARTEMENT SUPERVISÉ

Merci de retourner ce formulaire à :

APAEI de la Côte Fleurie - 7 rue de l'Hôtel de Ville - 14160 DIVES SUR MER

Pour tout renseignement, contacter le Siège au 02 31 91 21 54

L'établissement d'accueil demandé prendra contact avec vous dans le cadre du suivi de votre dossier.