



E.S.M.S Le Florilège

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Foyer d'Accueil Médicalisé

**Dossier d'admission
Administratif**

Nom :

Prénom :

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « LE FLORILEGE » 56130 FEREL

02-56-50-30-79 – Fax : 02.56-50-30-89

 : **contact@esms-ferel.fr**

1

Photo



E.S.M.S Le Florilège

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Foyer d'Accueil Médicalisé

DOSSIER D'ADMISSION

DOCUMENTS A FOURNIR **AVEC LE DOSSIER**

- La décision M.D.P.H., notification d'orientation en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), mentionnant si possible l'accord pour l'Accueil Temporaire, (pour toute demande spécifique à cet accueil).
- Photocopie du jugement de tutelle (mesure de protection)
- 2 photos d'identité de la personne accueillie
- Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)
- Photocopie de la carte d'invalidité (recto-verso)
- Photocopie d'une ordonnance du médecin traitant, **indiquant le traitement en cours**
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle en cours de validité
- Une attestation d'assurance responsabilité civile
- Photocopie de la carte du groupe sanguin
- Carnet de vaccinations



E.S.M.S Le Florilège

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Foyer d'Accueil Médicalisé

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Sexe :	Nationalité :
Adresse :	
CP :	Ville :

SITUATION DES PARENTS

Mariés

Divorcés

Veuf/Veuve

Décédés

Le Père	La Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le :	Née le :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone : Fixe : Portable :	Téléphone : Fixe : Portable :
Adresse @.mail :	Adresse @.mail :
N° de Sécurité Sociale :	N° de Sécurité Sociale :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :



E.S.M.S Le Florilège

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Foyer d'Accueil Médicalisé

Le Beau-Père	La Belle-Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le :	Née le :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone : Fixe : Portable :	Téléphone : Fixe : Portable :
Adresse @.mail :	Adresse @.mail :
N° de Sécurité Sociale :	N° de Sécurité Sociale :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :

➤ **MESURE DE PROTECTION**

4

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? OUI NON

Nature : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

COORDONNES DU RESPONSABLE LEGAL OU DU TUTEUR DE L'ADULTE ACCUEILLI

Décision du par

Nom :	Prénom :	Lien de parenté
Adresse personnelle :		
Code Postal :	Ville :	



E.S.M.S Le Florilège

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Foyer d'Accueil Médicalisé

FRATRIE (situer l'adulte à sa place) :

Nom et Prénom	Date de naissance	Vit-il au Foyer ?	Remarques particulières

SITUATION ACTUELLE

Nom de l'Assuré(e) Social(e) :

N° de Sécurité Sociale :

Prise en charge à 100 % : OUI NON

C.M.U. : OUI NON

5

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE	MUTUELLE
<u>Adresse</u> :	<u>Adresse</u> :
<u>Téléphone</u> :	<u>Téléphone</u> :

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
<u>N° Allocataire</u> :
<u>Adresse</u> :
<u>Téléphone</u> :



E.S.M.S Le Florilège

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Foyer d'Accueil Médicalisé

ETABLISSEMENT ACTUEL

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

.....

Date de l'admission :

Contact :

En qualité de :

DECISION M.D.A

Orientation : Durée :

Carte d'invalidité valable du au

Personne qui a rempli ce document

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :