

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Ce dossier n'est destiné qu'à l'usage exclusif de l'équipe d'accompagnement et de thérapie de la « Résidence Plein-Soleil Sàrl ». La confidentialité est garantie.

Données personnelles

Nom	.....	
Prénom	.....	
Date de naissance	.....	
Etat civil (nom de jeune fille)	..... .....	
Enfants et âge	Noms:	Age:
Nationalité, origine	.....	
Langue maternelle	.....	
Confession	.....	
Formation	Scolarité (degré atteint): Formation professionnelle:	
Mesure de protection	Type: ☐ curatelle d'acc. ☐ curatelle de repr. ☐ curatelle de coop. ☐ curatelle générale ☐ PAFA	Adresse du-de la représentant-e légal-e:
Lieu de séjour actuel (adresse complète)	..... ..... .....	
N° de téléphone	.....	
Lieux de séjour antérieurs	Institution:	Période:
N° AVS	.....	
Rentes	☐ AI (taux: %) ☐ PC Autre:	
Assureur maladie (n° d'assuré)	.....	
Responsabilité civile	.....	

Durée et type de prestations souhaités

Date de pré-admission souhaitée	.....
Type dans le temps	☐ Indéterminé ☐ Temporaire (raisons)
Motifs de la demande (de la personne elle-même)	..... ..... ..... ..... .....
Attentes particulières (de la personne elle-même)	..... ..... ..... ..... ..... .....

Personnes ressources

Nom, prénom	Fonction	N° de téléphone
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Facteurs personnels

Limitation	Description	Depuis quand	Moyens auxiliaires
Psychique			
Physique			
Mentale			
Sensorielle			
Autre			

Autorisation d'information

En signant ce dossier, les personnes autorisent la « Résidence Plein-Soleil Sàrl » à s'informer ou compléter les données contenues dans ce dossier auprès des médecins traitant.

☐ OUI ☐ NON

	Lieu et date	Signature
Le-la demandeur-euse		
Le-la répondant-e légal-e		
Le service placeur		