



FOYER DE VIE APF
15, rue de Bourgogne
87220 FEYTIAT
Tél : 05 55 00 20 13

FORMULAIRE DE PRÉ-INSCRIPTION

ÉTAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone portable :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

En concubinage

Pacs

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

Dont à charge :

PATHOLOGIE ET / OU HANDICAP

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

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Oui Non

PRISE EN CHARGE PARA-MÉDICALE

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

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

RÉGIME SOCIAL

Intitulé :

Numéro d'immatriculation :

Numéro de carte d'invalidité :

Taux :

Catégorie :

Validité :

NOTIFICATIONS ADMINISTRATIVES

MDPH

Numéro de dossier :

Validité :

Nature de la notification :

Aide sociale

Numéro de dossier :

Validité :

PROTECTION JURIDIQUE

Aucune

Curatelle

Tutelle

CADRE DE VIE ACTUEL

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

CORRESPONDANT EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom et prénom :

Lien :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

BESOINS CONCERNANT LA VIE QUOTIDIENNE

	Aide totale	Aide partielle	Autonome
Toilette			
Habillage/Déshabillage			
Transferts			
Repas			

Transferts : Avec lève personne Avec tierce personne Seul

Présentation des repas : Normale Mixée

PROTOCOLE PARTICULIER DE PRISE EN CHARGE

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

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ
TRANSMETTRE**

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

CE QUI MOTIVE VOTRE DEMANDE

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

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR LE POSTULANT

Oui Non

Si non,

NOM :

Fonction :

Signature du candidat :
Ou de son représentant légal

Fait à :.....
Le.....