



Services d'Accompagnement :  
 ▶ à la Vie Sociale  
 ▶ Médico-Social pour Adultes Handicapés  
 Bégard | Lannion | Paimpol

# Dossier de demande d'admission

Date de réception : ...../...../.....

Toutes les demandes d'admission sont à adresser au :

**Service d'Accompagnement à la Vie Sociale/  
 Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAVS/SAMSAH)**  
 1, rue Bon Sauveur 22140 BEGARD  
 Tél. : 02.96.45.37.94 – Fax : 02.96.45.38.24  
 savs.begard@fondationbonsauveur.fr

*Cocher la ou les demandes choisies*

**SAVS**

**SAMSAH**

## IDENTIFICATION

Monsieur     Madame

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

**Adresse actuelle :** .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

**Si actuellement hospitalisé(e) :**

Nom et coordonnées du service : .....

Nom du référent : ..... Tél. : ...../...../...../...../.....

**Demande accompagnée par :**

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....

**DATE DE LA DEMANDE :** ...../...../.....



SOCIAL

## Pièces administratives à transmettre au SAVS

### Pièces à fournir impérativement :

- Lettre manuscrite de la personne ou de son représentant.
- 3 photos d'identité récentes.
- Justificatif de ressources
- Certificat Médical pour les demandes d'admission en hébergement (modèle joint)
- Informations médicales pour les demandes d'accompagnement SAMSAH (sous pli séparé)
- Contrat Droit à l'image

### Photocopie des documents ci-dessous :

- Toutes les notifications MDPH (Orientations, AAH, carte invalidité ...)
- Informations sur l'orientation SAVS/ SAMSAH:
  - Obtenue le : ...../...../.....
  - Demandée le : ...../...../.....
  - Non demandée
- Informations sur l'orientation SAMSAH :
  - Obtenue le : ...../...../.....
  - Demandée le : ...../...../.....
  - Non demandée
- Carte d'identité
- Mesure de protection
- Carte d'assuré social
- Carte de mutuelle
- Assurance individuelle – Responsabilité civile
- Avis d'imposition

## ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

**Protection sociale :**

N° Sécurité Sociale : ..... N° CAF/MSA: .....

Centre d'affiliation : .....

Mutuelle : ..... Assurance : .....

**Décisions MDPH :**

N° MDPH : .....

	Type	Début	Fin	Commentaire
<input type="checkbox"/>	RQTH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	AAH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	PCH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	ACTP	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	CI	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAVS	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAMSAH	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Orientation ESAT	.../.../...	.../.../...	
<input type="checkbox"/>	Autre orientation	.../.../...	.../.../...	

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) : .....

Adresse : .....

Tél. : .../.../.../.../... Fax : .../.../.../.../...

**Protection juridique ou administrative :**

Mesure exercée par :  Famille  Organisme  Sans  En cours

Nom du mandataire et de l'éventuel organisme désigné : .....

Lien avec le demandeur (famille, proche...) : .....

Adresse : .....

Tél. : .../.../.../.../... Fax : .../.../.../.../...

E-mail : .....

Type de mesure :  Tutelle  Curatelle  Curatelle renforcée

MASP  MAJ  Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

## ALLOCATIONS ET REVENUS

	Type	Montant Revenu	Commentaire
<input type="checkbox"/>	<b>Salaire</b>	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>AAH</b> <input type="checkbox"/> taux plein <input type="checkbox"/> différentielle	.....€	
<input type="checkbox"/>	Complément de ressources	.....€	
<input type="checkbox"/>	Majoration vie autonome	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>PCH</b>	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>ACTP</b> <input type="checkbox"/> à – de 80% <input type="checkbox"/> à 80%	.....€	
<input type="checkbox"/>	<b>Pension invalidité</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> catégorie <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> catégorie <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> catégorie	.....€	
<input type="checkbox"/>	Allocation supplémentaire invalidité	.....€	
<input type="checkbox"/>	Pension de retraite	.....€	
<input type="checkbox"/>	Pension de réversion	.....€	
<input type="checkbox"/>	Allocation familiale	.....€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités chômage	.....€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalière	.....€	
<input type="checkbox"/>	APL	.....€	
<input type="checkbox"/>	RSA	.....€	
<input type="checkbox"/>	Rente	.....€	
<input type="checkbox"/>	Autre : .....	.....€	

## SUIVI MEDICAL ET MEDICO SOCIAL

### Médecin traitant :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....

### Médecin psychiatre :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....

### SUIVI CMP et/ou CATTP:

Nom du service : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence : .....

Nom des Référents : .....

### SUIVI HDJ :

Nom du service : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence : .....

Nom des Référents : .....

### SUIVI CSAPA :

Nom du service : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence : .....

Nom des Référents : .....

### Infirmier(e) libéral(e) :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fréquence / jours de présence : .....

### Suivi social de secteur

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....

### Autre intervenant (ex : Service d'auxiliaire de vie...)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....

Fréquence / jours de présence : .....

## MODE DE VIE

### Hébergement :

Propriétaire     Locataire     Hébergé à titre gracieux     Hospitalisé

Autre (ex : colocation) : .....

Type d'hébergement :     Maison individuelle     Appartement

NOM du propriétaire (si autre que demandeur) : .....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Tél. : ...../...../...../...../.....    Portable : ...../...../...../...../.....

### Situation matrimoniale et mode de vie :

Célibataire vivant seul     Célibataire vivant chez ses parents     Vit maritalement

Marié(e)     Divorcé(e), séparé(e)     Veuf, veuve

PACSé (e)     Autres : .....

### Nom et coordonnées du conjoint / des parents / Frères et sœurs ... :

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

### Enfant(s) au domicile :

Nom – Prénom : .....    Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ..... Scolarité : .....    Date de naissance : ..... Scolarité : .....

Nom – Prénom : .....    Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ..... Scolarité : .....    Date de naissance : ..... Scolarité : .....

### Si mesure éducative, Nom et coordonnées du référent :

.....

### Enfant(s) hors foyer :

Nom – Prénom – Date de naissance .....

Coordonnées : .....

Nom – Prénom – Date de naissance .....

Coordonnées : .....

Nom – Prénom – Date de naissance .....

Coordonnées : .....

## SCOLARITE

### Parcours scolaire :

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niveau primaire | <input type="checkbox"/> Niveau collège | <input type="checkbox"/> Niveau BEPC  |
| <input type="checkbox"/> Niveau BEP/ CAP | <input type="checkbox"/> Niveau BAC     | <input type="checkbox"/> Niveau BAC + |
| <input type="checkbox"/> IME /ITEP       | <input type="checkbox"/> Non scolarisé  | <input type="checkbox"/> Autre        |

Formation suivie : ..... Dates : .....

## SITUATION PROFESSIONNELLE/ BENEVOLAT/ ACTIVITES

### Parcours professionnel (emplois, secteurs, périodes) :

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

### Bénévolat (structures, périodes, missions) :

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

### Activités :

- Occupations actuelles/ loisirs :

.....

-Centres d'intérêt identifiés ou supposés :

.....

## TRANSPORT

### Transport :

Permis valide :  oui  non type (auto/moto...) :

Moyen de locomotion :

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Voiture                              | <input type="checkbox"/> Voiture sans permis | <input type="checkbox"/> à pied |
| <input type="checkbox"/> Utilisation des transports en commun | <input type="checkbox"/> Cyclomoteur         | <input type="checkbox"/> Vélo   |
| <input type="checkbox"/> Autre                                |  |                                 |





## CONTRAT DROIT A L'IMAGE

Entre la Personne accompagnée par le SAVS/SAMSAH  
ou son représentant légal

Et

Le SAVS/ SAMSAH  
Représenté par Monsieur Gilbert le Blevenec,  
Directeur du Pôle Social et Médico-social (DPSMS)

J'autorise que M/Mme..... soit filmé(e) ou photographié(e) lors d'activités ou de sorties extérieures. Les photos ou films pouvant aller sur l'extérieur et/ou être vus par des personnes étrangères à l'établissement.

Je confirme que quelque soit l'utilisation, le genre ou l'importance de la diffusion, la participation est effectuée à titre gracieux.

Il est entendu que le S.A.V.S/ SAMSAH s'interdit expressément, une exploitation des photographies ou films susceptibles de porter atteinte à la vie privée de la personne accompagnée.

Toute contestation relative à l'interprétation et/ou l'exécution des dispositions du présent contrat sera exclusivement portée devant les tribunaux compétents.

Ce présent contrat est conclu pour une durée de 5 ans.

Fait à ..... le .....

M. Mme .....

Signature :

Directeur du Pôle  
Social et Médico-social (DPSMS)

Monsieur Gilbert Le Blevenec

Représentant légal : .....

Signature :

# CERTIFICAT MEDICAL

Uniquement pour les admissions en hébergement



À Commission admission SAVS / SAMSAH  
1, rue Bon Sauveur  
22140 BEGARD

## CERTIFICAT MEDICAL

**POUR L'ADMISSION en hébergement**

Je soussigné(é), Docteur ..... certifie que l'état de santé de

M/Mme/Mlle .....

Né(e) le ...../...../..... A .....

Est compatible avec le dispositif :  hébergement

Fait à .....

Le ...../...../.....

Cachet et signature du médecin

**INFORMATIONS MEDICALES ( document à joindre sous pli  
séparé à l'attention du médecin du SAMSAH)**