

## DOSSIER D'ADMISSION

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

DOSSIER N°: ADM.....

**Les SAVS sont des services sociaux et médico-sociaux régis par le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005.**

- 1) Chaque personne est orientée par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) qui lui est délivrée une notification de décision d'orientation.
- 2) En application de l'article R. 314-105 VIII du code de l'action sociale et des familles, les SAVS sont financés par le CONSEIL GENERAL, dans le cadre d'un prix de journée. Dans cet objectif, un dossier d'aide sociale est à constituer auprès du CCAS (Mairie du domicile).

Ce dossier est à compléter, à signer et à rapporter avant le jour de votre commission d'admission ainsi que les documents ci-dessous :

- |   |   |
|---|---|
| • La notification MDPH : SAVS, Accueil Temporaire et/ou hébergement | £ |
| • La feuille d'imposition ou de non imposition                      | £ |
| • Un justificatif de domicile ou une attestation d'hébergement      | £ |
| • Les 3 derniers bulletins de salaire                               | £ |
| • Une attestation CAF (APL & AH)                                    | £ |
| • Une photocopie de la carte d'identité recto/verso                 | £ |
| • Une photocopie de la carte vitale                                 | £ |
| • Une photocopie du jugement tutelle ou curatelle                   | £ |

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

## Fiche de Renseignements

### Etat civil :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse actuelle.....  
.....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Nationalité : .....

### Mode d'hébergement actuel :

Famille  Foyer  Logement  Autres

Adresse des parents : .....

..... Téléphone .....

### Situation Familiale :

Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Séparé (e)

Avez-vous des enfants ? ..... Nombre d'enfants : .....

Vos enfants vivent-ils avec vous ? .....

### MDPH :

N° de dossier : .....

Joindre la (les) copie (s) de la (les) notification (s) de décision

### ASSURANCE MALADIE :

N° de sécurité sociale ou n° de la MSA : .....

### CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE

N° d'allocataire : .....

### Mesure de protection :

Tutelle  Curatelle  Aucune

Organisme : .....

Nom du tuteur : .....

Adresse : .....

Téléphone et heure de permanence : .....

Mail : .....

### Santé :

Nom du médecin traitant : .....

Coordonnées : .....

Téléphone : .....

Suivi Psychologique/ Psychiatrique : .....

Coordonnées : .....

Téléphone .....

Traitement.....

**Situation professionnelle :**

Nom et adresse de l'employeur :.....  
..... Tél :.....

**Parcours Institutionnel :**

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

**Parcours Professionnel :**

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

**Motif de la demande**

**Comment avez-vous pris connaissances du service ?**

.....  
.....

**Quelles sont les motivations de votre candidature ?**

.....  
.....

**Quels sont vos projets de vie ?**

.....  
.....

**Qu'attendez-vous du service ?**

.....  
.....

**Quels loisirs, activités ou sport aimeriez-vous pratiquer ?**

.....  
.....

Date :

Signature du représentant légal :

Signature du demandeur :