

## REUNIONS DES FAMILLES :

Des rencontres entre les familles et le psychologue sont organisées régulièrement.

Des rendez-vous individuels peuvent avoir lieu à la demande.

## AUTRES :

**Avez-vous des préoccupations actuellement dont vous souhaiteriez nous faire part ?**

**Pouvez-vous préciser l'identité de la personne qui a rempli ce questionnaire ?**

Nom : Prénom :

Adresse :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

**Date de la Demande :**

**Signature**



# *Le Rendez-vous Jean Eudes*

**ACCUEIL DE JOUR  
POUR PERSONNES AGEES DESORIENTEES**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

Association Montbareil  
16, rue Notre-Dame 22015 SAINT-BRIEUC CEDEX  
Tél. :02.96.62.73.00 - Fax : 02.96.52.17.57  
Courriel : [accueildejour@montbareil.fr](mailto:accueildejour@montbareil.fr)

Ce dossier d'inscription comprend plusieurs volets permettant de recueillir un certain nombre de renseignements essentiels pour une inscription au sein de l'Accueil de Jour de l'Association Montbareil.

Nous vous demandons donc de remplir ce document le plus précisément possible.

Cette inscription ne sera enregistrée, qu'à condition que toutes les pièces du dossier soient délivrées (liste des pièces à fournir ci-dessous).

L'admission ne sera envisageable qu'après une visite avec le Médecin Coordonnateur et l'accord de la commission d'admission.

### **DOCUMENTS JOINTS AU PRESENT DOSSIER :**

- Fiche médicale
- Prix de journée
- Plaquette d'information « Accueil de Jour »
- Charte des droits et libertés

### **PIECES A FOURNIR :**

- Copie Livret de famille
- Copie Attestation de Sécurité Sociale
- Copie Carte Mutuelle – Complémentaire Santé
- Copie de l'ordonnance du Médecin traitant
- Copie de certificat médical pour les régimes alimentaires

### **VOTRE SANTÉ :**

**Votre Médecin Traitant** (Nom et n° de téléphone) :

**Choix du lieu d'hospitalisation :**     hôpital     clinique

**Prenez-vous des médicaments ?**     oui     non

Si oui merci de joindre la copie de la dernière ordonnance

*Merci de faire remplir par votre médecin traitant, la fiche médicale ci-annexée et la joindre sous pli confidentiel, lors du retour de ce dossier de renseignements.*

### **FREQUENTATION DE L'ACCUEIL DE JOUR :**

**Les jours et heures d'ouverture de l'Accueil de Jour :**

du lundi au vendredi , de 9h30 à 16h30.

L'établissement organise le transport des personnes accueillies.

**Pensez-vous avoir recours à ce service ?**     oui     non

### **LES TARIFS :**

Les tarifs sont fixés annuellement par les services Conseil Général.

Ils se composent d'un Tarif Hébergement et d'un Tarif Dépendance.

Le tarif dépendance varie en fonction du degré d'autonomie de la personne âgée accueillie (Groupes GIR).

Certaines aides peuvent vous être accordées :

- A.P.A. (Allocation Personnalisée Autonomie)

- Caisses de retraite ou mutuelles.

**Avez-vous des difficultés pour :**

**Voir**             oui         non  
**Entendre**     oui         non  
**Dormir**         oui         non

**Portez-vous :**

**Une prothèse dentaire :**     non     oui    =>  en bas     en haut  
**Des lunettes**                 non     oui  
**Une prothèse auditive**     non     oui    =>  à gauche    à droite

**Avez-vous des problèmes d'incontinence ?**  Oui     non

**Avez-vous besoin d'être accompagné(e) aux toilettes ?**  Oui     non

**En général, comment vous comportez-vous avec vos proches** (angoisse, agressivité, mutisme, repli sur soi, hyperactivité...)?

Qu'est-ce qui peut motiver votre mauvaise humeur ?

Votre comportement est-il différent en présence de personnes extérieures ?

**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE ACCUEILLIE**

Nom de naissance (suivi du nom d'usage) :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse

Numéro de téléphone :

Adresse email :

Numéro de sécurité sociale :

La (ou les) profession(s) que vous avez exercée(s) le plus longtemps :

Composition de votre famille, (noms, prénoms, adresses et numéros de téléphone) :

*Conjoints :*

*Enfants :*

En cas d'urgence, la (ou les) personne(s) à prévenir :

Nom + tel. :

Nom + tel. :

**Afin de nous permettre de maintenir une continuité de vie entre le passé, le présent et l'avenir, pouvez-vous nous précisez les événements de votre vie qui vous ont marqués ou que vous trouvez intéressants à dire :**

Par exemple, y a-t-il eu des changements brutaux de repères durant votre vie (déménagements, séjours à l'étranger, deuils, perte d'emploi, maladie...)?

**Quelles sont vos activités préférées, celles que vous aimiez faire dans le passé :**

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jardinage                                      | <input type="checkbox"/> art floral     | <input type="checkbox"/> bricolage |
| <input type="checkbox"/> sport  | <input type="checkbox"/> jeux de cartes | <input type="checkbox"/> dominos   |
| <input type="checkbox"/> scrabble                                       | <input type="checkbox"/> lecture        | <input type="checkbox"/> chant     |
| <input type="checkbox"/> danse  | <input type="checkbox"/> peinture       | <input type="checkbox"/> dessin    |
| <input type="checkbox"/> sculpture                                      | <input type="checkbox"/> poterie        | <input type="checkbox"/> couture   |
| <input type="checkbox"/> broderie                                       | <input type="checkbox"/> tricot         | <input type="checkbox"/> canevass  |
| <input type="checkbox"/> cuisine  | <input type="checkbox"/> ménage         |                                    |
| <input type="checkbox"/> écouter de la musique et de quel style : _____ |   |                                    |

**Celles que vous faites actuellement ou que vous aimeriez faire ?**

**Ce que vous n'aimez pas faire :**

**Aimez-vous vous promener ?**  oui  non

**Quelle distance pouvez-vous parcourir ?**

### **VOTRE LIEU DE VIE :**

Vivez-vous chez vous :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> seul                  | <input type="checkbox"/> seul avec enfant      |
| <input type="checkbox"/> en couple sans enfant | <input type="checkbox"/> en couple avec enfant |

Vivez-vous au domicile :

- De votre enfant  frère, sœur  autre :

### **VOTRE ALIMENTATION :**

**Suivez-vous un régime ? Si oui lequel ? (fournir un certificat médical)**

**Aliments que vous aimez en particulier ?**

**Aliments que vous n'aimez pas ?**

**Quelles sont vos boissons habituelles :**

- au cours du repas :

- lors des collations (entourer ce que vous aimez) café, thé, chocolat, tisane, autres :

Pour les repas que vous prendrez à l'Accueil de Jour,

**souhaitez-vous que vos aliments soient mixés ?** oui  non

### **VOTRE CAPACITE PHYSIQUE :**

**Percevez-vous l'Aide Personnalisée Autonomie (A.P.A.) ?**

Oui  non

Si oui, dans quel groupe iso-ressource (GIR) ?

**Pouvez-vous faire seul ou avec de l'aide, certains actes de la vie quotidienne ?**

	Seul	Avec une aide	Pas du tout
<b>faire votre toilette</b>			
<b>vous habiller</b>			
<b>marcher</b>			
<b>manger</b>			

**Bénéficiez-vous d'une aide extérieure à domicile ? (infirmier, aide-soignant...) ? Si oui pouvez-vous nous communiquer les coordonnées de cet organisme d'aide à domicile (nom et téléphone) ?**