



Dossier à remplir en vue d'une aide à la recherche d'un accueil familial social

Demande pour : ☐ Personne âgée (plus de 60 ans) ☐ Personne handicapée

La personne est-elle informée de la demande : ☐ oui ☐ non

La personne est-elle consentante : ☐ oui ☐ non ☐ n'est pas en mesure de donner son avis

Type d'accueil souhaité : ☐ Permanent ☐ Temporaire ☐ Séquentiel (soirs, week-end, vacances...)

La personne ou le service qui accompagne la demande :

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ : @ :

Qualité :

- ☐ Famille (à préciser) :
☐ Responsable légal
☐ Services Sociaux
☐ Autres (à préciser) :

Comment avez-vous eu connaissance de l'accueil familial :

- ☐ Notre site internet - ☐ Notre page Facebook - ☐ Nos plaquettes - ☐ Un professionnel de Sainte Agnès
☐ Autre (précisez) :

La personne souhaitant être accueillie en accueil familial :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date et lieu de naissance : .../.../..... à

Adresse du lieu de résidence au moment de la demande :

☎ : @ :

Sa situation actuelle : A domicile ☐ A l'hôpital ☐ En établissement ☐

Autres (à préciser) :

Date d'arrivée :

Situation familiale : marié(e) ☐ veuf (ve) ☐ séparé (e) et/ou divorcé (e) ☐ célibataire ☐
 enfant (s) : oui ☐ non ☐

HYGIENE CORPORELLE / HABILLEMENT

Hygiène corporelle :

La personne fait-elle seule ?

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|
| ▪ La toilette du visage : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ La toilette du haut du corps : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ Se brosser les dents : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ se coiffer : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ Se couper les ongles : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ Se raser : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |

La toilette du bas du corps :

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|
| ▪ Toilette intime : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ Les membres inférieurs : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |

Incontinence : ☐ Oui ☐ Non

Habillage :

- | | | | |
|----------------|------------------------------|---|------------------------------------|
| ▪ Du haut : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ |
| ▪ | | | |
| ▪ avec aide | | | |
| ▪ Du bas : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |
| ▪ Chaussures : | ☐ oui | ☐ avec stimulation | ☐ avec aide |

ALIMENTATION

Régime diététique : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Mange seul(e) : ☐ oui ☐ avec stimulation ☐ avec aide

TRANSFERTS

Se lève seul(e) du lit	☐ Oui	☐ Non	☐ Avec aide
Se lève seul(e) d'un fauteuil	☐ Oui	☐ Non	☐ Avec aide

DEPLACEMENTS

Marche seul(e) : ☐ Oui ☐ Avec aide

Si avec aide, précisez :

- ☐ Canne
☐ Déambulateur
☐ Fauteuil roulant, précisez l'usage : ☐ permanent ☐ occasionnel

Peut-elle monter les escaliers ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide

Prend les transports en commun seul(e) ☐ Oui ☐ Non

SOMMEIL

Troubles du sommeil :

- ☐ Aucun problème
☐ Correct avec un traitement
☐ Agitation
☐ Déambulation

AUTRES ELEMENTS

Centres d'intérêts – Loisirs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Habitudes de vie (télévision, sorties, rythme de vie, cigarette ...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Apprécie la compagnie des enfants ?

oui ☐non ☐Apprécie les animaux : oui ☐ non ☐Si oui, a un animal : oui ☐ non ☐Souhaite le garder : oui ☐ non ☐

Motifs/souhais à l'origine de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Préciser les modalités particulières souhaitées :

(Secteur géographique, secteur rural ou urbain, chambre seule ou à deux lits, plain-pied, jardin, présence d'autres personnes accueillies)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le :

Nom, prénom du signataire :

Signature :

Pour nous écrire, une adresse unique : **Association Sainte Agnès – AFS - 4 place du Village - BP45 - 38950 Saint-Martin-le-Vinoux**

Nos bureaux (ne pas adresser de courrier à ces adresses) :

Accueil Familial Social : Les Ecrins 3 Rue du Grand Veymont 38600 FONTAINE – Tel. 04 76 26 90 55 – afs@ste-agnes.fr

Antenne Nord-Isère : 14 rue de la nation 38110 La Tour-du-Pin – Tel. 04 76 26 90 55 – afs@ste-agnes.fr