



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 Agnes

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/souhaits 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 : 16 impasse Gutenberg – 38110 ROCHETOÏRIN – Tel. 04 76 26 90 55 – afs@ste-agnes.fr