

# QUESTIONNAIRE

## D'ADMISSION

Le SAVS SAMSAB a été créé pour permettre à des adultes handicapés, qui le souhaitent et en ont les potentialités, d'habiter un logement personnel et de vivre dans des conditions proches de celles de leurs concitoyens valides.

Afin de contribuer à la réalisation du projet de vie des adultes, le service propose la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé pouvant porter sur les points suivants : logement, hygiène, santé, alimentation, budget, démarches administratives, déplacement, loisirs, relations avec la famille...

Vous avez demandé à intégrer le service pour bénéficier de cet accompagnement. Afin de constituer votre dossier pour une éventuelle admission, nous avons besoin de mieux vous connaître, de déceler vos potentialités mais aussi les points sur lesquels nous devons vous soutenir.

Nous vous prions donc de répondre aux questions suivantes le plus précisément possible. Ce questionnaire peut être rempli par vous ou avec l'aide de quelqu'un qui vous connaît bien. Dans ce cas, préciser l'identité de la personne qui vous aide :

Mr / Mme : \_\_\_\_\_

Parent     Ami     Travailleur social     Médecin     Autre : \_\_\_\_\_

(Cochez la bonne case)

Date : \_\_\_\_\_

• NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

• Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

• Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

• Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

## Situation personnelle

- Vous êtes :  Célibataire  Vit en couple(e)  Séparé (e) ou veuf(ve)

Nom - Prénom du conjoint : \_\_\_\_\_

- Avez-vous des enfants ?  Oui  Non

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date naissance \_\_\_\_\_

- Connaissez-vous vos parents ?  Oui  Non

Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Date naissance ? Père : \_\_\_\_\_ Mère : \_\_\_\_\_

- Ils sont ?  En couple  Séparé  Mère décédée  Père décédée

- Adresse des parents (2<sup>ème</sup> adresse en cas de séparation :  Père  Mère)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Téléphone des parents (2<sup>ème</sup> téléphone en cas de séparation :  Père  Mère)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Avez-vous des frères et sœurs ?  Non  Oui \_\_\_ frères \_\_\_ sœurs Position dans la fratrie \_\_\_

- Vous logez ?  Chez les parents  Logement personnel  Foyer sans accompagnement (FJT)  
 Foyer d'hébergement adulte  Foyer d'hébergement jeune (IME)

- Etes-vous majeur protégé ?  Non  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle  
 Habilitation familiale Générale  /  Spéciale Assistance  /  Représentation

Qui est chargé de votre protection : Mr / Mme : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

- Orientations MDPH

Orientation SAVS  Non  Oui du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Orientation SAMSAH  Non  Oui du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Orientation professionnelle  ESAT  Entreprise Adaptée  Milieu ordinaire

Allocation Adulte Handicapé  Non  Oui

- Etiez-vous suivi par un SAVS SAMSAH ?  Non  Oui Lequel \_\_\_\_\_

## Scolarité

- Dernière année de scolarité : \_\_\_\_\_ Etablissement : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_

Si enseignement professionnel, quel domaine ? \_\_\_\_\_

- Quel niveau scolaire avez-vous acquis ? \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu ? \_\_\_\_\_

- Acquis scolaires :  
Je sais lire             Oui     Un peu     Difficilement     Pas du tout  
Je sais écrire         Oui     Un peu     Difficilement     Pas du tout  
Je sais compter       Oui     Un peu     Difficilement     Pas du tout

## Activité professionnelle

- Avez-vous une activité professionnelle ?             Oui     Non  
Si oui, dans quel établissement ou entreprise : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Quel est votre métier ou l'activité de l'atelier : \_\_\_\_\_

- Vous attendez une place à l'ESAT Yon et Bocage aux Essarts :             Oui     Non  
Quel atelier ? \_\_\_\_\_

Si stage à venir, dates prévues : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## Déplacement

- Utilisez-vous régulièrement un moyen de transport personnel ?             Oui     Non  
Si oui, lequel :             Voiture     Voiturette     Scooter     Vélo
- Je peux utiliser seul(e) d'autres moyens de transport ?             Taxi     Bus     Train

## Alimentation

- Je sais établir une liste de courses  Oui  Difficilement  Non
- Je sais concevoir un menu varié et équilibré  Oui  Difficilement  Non
- Je sais confectionner des plats simples  Oui  Difficilement  Non
- Je sais repérer un article périmé  Oui  Difficilement  Non

## Logement

- Je nettoie mon logement  Tous les semaines  1 fois par mois  Plus rarement
- Je range régulièrement mon logement  Tous les semaines  1 fois par mois  Plus rarement
- Je change le linge de maison (drap)  Tous les semaines  1 fois par mois  Plus rarement
- Je lave mes vêtements  Tous les jours  1 fois par semaine  Plus rarement
- Je sais utiliser une machine à laver  Oui  Difficilement  Non

## Hygiène

- Je prends une douche  Tous les jours  2 ou 3 fois par semaine  Plus rarement
- Je me lave les dents  Tous les jours  2 ou 3 fois par semaine  Plus rarement
- Je change mon linge de corps  Tous les jours  2 ou 3 fois par semaine  Plus rarement
- J'achète seul(e) mes vêtements  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je sais mettre une tenue adaptée à la météo  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

## Santé

Connaissez-vous votre handicap, votre pathologie \_\_\_\_\_

- J'ai un traitement médical régulier  Oui  Non

Médicaments : \_\_\_\_\_

- Je gère seul la prise du traitement  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je fais mon pilulier  Seul  avec aide d'un tiers  avec aide du CMP  Pas du tout

• Médecin traitant : Nom : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

• Médecins spécialistes Nom : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

• Médecin psychiatre :

Nom : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Suivi \_\_\_\_ / an

• Psychologue :

Nom : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Suivi \_\_\_\_ / an

• Hospitalisations récentes :

Motif : \_\_\_\_\_ Lieux : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_ Lieux : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_ Lieux : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

• Antécédents médicaux :

\_\_\_\_\_

• Allergies alimentaires ou médicales :

\_\_\_\_\_

• Difficultés à limiter sa consommation :  Alcool  Tabac  Drogue

• Je sais prendre un rendez-vous médical  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

• Je vais seul(e) au médecin  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

• Je me rends seul(e) à la pharmacie  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

• Je soigne mes petites blessures  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

• Je suis capable d'appeler au secours  Oui  Difficilement  Non

## Budget

- Je reconnais les billets et pièces  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je gère mes dépenses mensuelles  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- J'appelle mon curateur en cas de besoin  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je sais utiliser les services bancaires (carte)  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

## Administratif

- Je connais les différents documents administratifs  Oui  Difficilement  Non
- Je rempli seul(e) un document administratif  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je renouvèle seul(e) un document administratif  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je sais envoyer seul(e) un courrier  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je communique seul(e) par téléphone  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

## Vie sociale

- J'ai des contacts avec ma famille  Tous les semaines  1 fois par mois  Plus rarement
- J'ai des activités sportives ou culturelles  3  2  1  Aucune  
Lesquelles : \_\_\_\_\_
- Je fréquente les commerces locaux  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je suis capable de donner mon nom et adresse  Oui  Difficilement  Non

## Vie quotidienne

- Je sais lire l'heure  Oui  Difficilement  Non
- Je me réveille seul(e)  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné
- Je suis à l'heure au travail ou rendez-vous  Oui  Difficilement  Non, je suis accompagné

## Motivations

---

Pourquoi souhaitez-vous être accompagné par le SAVS SAMSAH « Le Bocage » ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pièces à joindre au dossier

---

Afin d'étudier le mieux possible votre demande, nous vous demandons de nous fournir les documents suivants à l'adresse suivante :

**SAVS SAMSAH « Le Bocage » - 22 rue Dr Arsène Mignen - 85140 LES ESSARTS**

- Fiche d'orientation MDPH SAVS ou SAMSAH
- Photocopie Carte Identité
- Photo d'identité
- Si majeur protégé, photocopie du jugement de tutelle