***Fiche de recueil d’informations en vue d’une entrée en Famille d’accueil***

Territoires souhaités en priorisant votre choix :

□ Calaisis □ Boulonnais □ Montreuillois □ Audomarois

□Lens Henin □ Ternois □ Arrageois □ Artois

**SERVICE EMETTEUR**

Nom du service : ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom du professionnel : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Coordonnées(adresse, téléphone, mail) : ……………………………………………………………………………………………

**ETAT CIVIL de la personne à accueillir**

Nom : …………………………………………………. Nom de Jeune Fille : …………………………………………..

Prénom : ………………………………………………

Date et Lieu de Naissance : ……………………………………………………

Adresse actuelle : ………………………………………………………………………………………………………………...................

Situation Familiale : ………………………………………………………..

Nombre d’enfants : ………………

Relations familiales / amicales : (coordonnées ci-dessous)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM  Prénom | Adresse | Commune | Téléphone | Contacts  OUI / NON | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Mesure de Protection judiciaire** : □ Non si Oui : □ Tutelle

□ Curatelle simple □ renforcée

Référent de la mesure : ……………………………………………………………………….

Coordonnées : ……………………………………………………………………………………….

**Référent Familial ou personne de confiance** : …………………………………………………..

Lien : …………………………………………….

Coordonnées : ……………………………………………………………………………………….

**MOTIFS de l’entrée en Famille d’accueil** (à détailler) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La Personne exprime le souhait d’entrée en famille d’accueil : OUI NON

Profession antérieure de la personne :……………………………………………………

**Modalités de paiement de la Famille d’accueil** : Retraite de la personne accueillie □

Aide financière des enfants □ Aide sociale □

Bénéficiaire APA à domicile : Oui □ GIR…….. Non □

Décisions MDPH : □ PCH □ AAH □ Orientations établissements (A préciser) ……………………..

|  |
| --- |
| **PRISE en CHARGE** |
| **Toilette**  Fait seul □ Fait avec aide □ Ne fait pas □  *Si surveillé □*  *Si stimulé* □  **Habillage**  Fait seul □ Fait avec aide □ Ne fait pas □  *Si surveillé □*  *Si stimulé □*  **Alimentation**  Fait seul □ Fait avec aide □ Ne fait pas □  Si surveillé □  Si stimulé □  **Transferts lits / fauteuil / position debout**  Fait seul □ Fait avec aide □ Ne fait pas □  *Si surveillé □*  *Si stimulé* □  **Déplacements**  Fait seul □ Fait avec aide □ Ne fait pas □  *Si surveillé □*  *Si stimulé □*  **Aides matérielles**  Lit médicalisé □ Déambulateur □  Chaise percée □ Fauteuil roulant □ Autre…………………………  Protections urinaires □ |
| **Conduites addictives** (alcool, tabac, médicaments….) : oui □ non □  **Troubles du comportement** (agressivité, fugue, désorientation…) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………… |

*Il est important que ce document soit rempli le plus précisément possible et en toute transparence afin que l’accueillant familial puisse adapter sa prise en charge. En cas d’éléments confidentiels, l’équipe médico-sociale du territoire choisi en priorité reste à votre disposition pour en échanger.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUIVIS MEDICAUX** | | |
| **Nom du Médecin**  **traitant** | Adresse | Téléphone |
| Dr ………………………… |  |  |
| **Noms des spécialistes** | Adresses Téléphones | |
| Dr ……………………….. |  |  |
| ⮩ Rythmes des visites : | | |
| Dr ……………………….. |  |  |
| ⮩ Rythmes des visites : | | |
| Dr …………………………. |  |  |
| ⮩ Rythmes des visites : | | |
| **Noms des professionnels paramédicaux (Kiné, infirmières, pédicures, dentistes ...)** | Adresses Téléphones | |
| …………………………. |  |  |
| ⮩ Rythmes des visites : | | |
| …………………………. |  |  |
| ⮩ Rythmes des visites : | | |

Autres : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**FAITS MARQUANTS DE LA VIE permettant à la famille d’accueil une prise en charge optimale**

(moments de joie, mariage, naissances, déménagements, entrée en institution, décès d’un proche ……) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**HABITUDES de VIE** :

**CENTRES D’INTERET** :

Télévision □ Radio □ Musique □

Lecture □ Actualités □ Cuisine □

Sports □ Informatique □ Travaux manuels □

Autres : …………………………………………………………………………………………………

**ACTIVITES :**

Journal □ Mots croisés □ Jeux de société □ Cuisine □

Jardinage □ Travaux ménagers □

Sorties □ lesquelles :…………………………………………………………………………….

Autres : …………………………………………………………………………………………………

Complété le …………………………………………….., par ……………………………………………………..

Signature :

A retourner à la Maison de l’Autonomie du territoire choisi en priorité par mail qui transmettra votre demande aux autres territoires, si besoin :

[maison.autonomie.calaisis@pasdecalais.fr](mailto:maison.autonomie.calaisis@pasdecalais.fr) ; [maison.autonomie.montreuillois@pasdecalais.fr](mailto:maison.autonomie.montreuillois@pasdecalais.fr) ; [maison.autonomie.ternois@pasdecalais.fr](mailto:maison.autonomie.ternois@pasdecalais.fr) ; [maison.autonomie.arrageois@pasdecalais.fr](mailto:maison.autonomie.arrageois@pasdecalais.fr) ; [maison.autonomie.artois@pasdecalais.fr](mailto:maison.autonomie.artois@pasdecalais.fr)  ; [maison.autonomie.boulonnais@pasdecalais.fr](mailto:maison.autonomie.boulonnais@pasdecalais.fr) ;