

18 rue Auguste Pavie  
35240 RETIERS



# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous nous sollicitez pour un accompagnement par le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) du Pays de la Roche aux Fées et nous vous en remercions.

Nous vous adressons la procédure permettant de prendre en compte définitivement votre inscription.

1. Remplir le dossier ci-joint et le renvoyer complété. Ce document indispensable pour la prise en charge est une première prise de connaissance. Vous pouvez solliciter l'aide de votre famille, d'un proche, du CLIC, du SAVS ou de votre représentant légal pour le compléter.
2. Prise en compte de votre demande d'inscription afin que votre dossier soit étudié en commission<sup>1</sup>.

Nous restons disponibles pour toute information complémentaire.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

**La Direction du SAVS du Pays de la  
Roche aux Fées**

**L'équipe du SAVS du Pays de la  
Roche aux Fées**

---

<sup>1</sup> Commissions d'admissions trimestrielles

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## I. Documents à fournir

Cadre réservé  
au secrétariat du SAVS

- ☞ Décision d'orientation MDPH  
(ou accusé de réception de notification en cours)
- ☞ Notification AAH le cas échéant
- ☞ Notification carte d'invalidité
- ☞ Carte d'identité recto- verso
- ☞ Mesure de jugement (mesure de protection) le cas échéant
- ☞ N° allocataire (CAF)

## II. Renseignements

### 2.1. Etat civil

Madame  Monsieur

Nom .....

Prénom.....

Nom de jeune fille .....

Date de naissance ...../...../.....

Lieu de naissance .....

Nationalité .....

### 2.2. Coordonnées

N° et  
rue .....

Code postal .....

Commune/ville .....

Téléphone mobile ...../...../...../...../...../ ou fixe  
...../...../...../...../...../

Adresse  
Email .....

**Sécurité sociale :**

N° immatriculation .....

Adresse de de la caisse

.....  
.....  
.....

**Avez-vous une complémentaire santé ?**

Oui      Non

**Vous vivez :**

A votre domicile       Chez vos parents/proches

En établissement médico-social

Autre

Précisez :.....  
.....  
.....

**2.3. Situation familiale**

Célibataire     Concubinage     Marié(e)     Divorcé(e)     Pacsé(e)     Veuf(ve)

Nombre d'enfants : .....

Nombre d'enfants vivant au domicile : .....

**2.4. Mesure de protection**

Oui       Non       En cours

Si oui laquelle : Tutelle     Curatelle     Curatelle renforcée

Habilitation familiale     Autre

.....

**Etat civil du représentant légal :**

Madame                       Monsieur

Nom .....  
Prénom.....

Organisme tutélaire (si nécessaire)  
.....

Adresse .....  
.....  
.....

Téléphone mobile ...../...../...../...../...../  
ou fixe ...../...../...../...../...../

Email  
.....

Date de la décision  
.....

Lieu de la décision  
.....

**2.5.        Orientation MDPH**

Une notification SAVS a-t-elle été prononcée : oui    non    en cours

Date : .....

N° de la notification .....

N° carte invalidité .....

### III. LA DEMANDE D'ADMISSION

Quelles sont vos attentes (cocher les items souhaités) ?

Avez-vous des souhaits particuliers ( renseigner les commentaires si nécessaire) ?

COMMENTAIRES

Soutien et écoute



.....

.....

.....

.....

.....

Accès aux droits



.....

.....

.....

.....

.....

Logement



.....

.....

.....

.....

.....

Couple et famille



.....

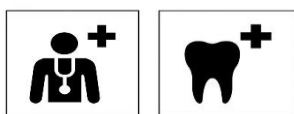
.....

.....

.....

.....

Santé



.....

.....

.....

.....

.....

### Culture et loisirs



.....

.....

.....

.....

.....

### Vie quotidienne



.....

.....

.....

.....

.....

### Liens partenaires



.....

.....

.....

.....

.....

### Emploi



.....

.....

.....

.....

.....

**Etes-vous accompagnés par d'autre(s) service(s) ?**

IME

SESSAD

ITEP

ESAT

CMP / CHGR

CASSAJA

PCPE

SAMSAH

MISSION LOCALE

POLE EMPLOI, CAP EMPLOI

CDAS

CLIC

MAIA

PROFESSIONNEL LIBERAL

SPECIALISTE MEDICAL (psychiatre, psychologue, autre)

AUTRE

**Avez-vous un moyen de transport vous permettant de vous rendre à vos rendez-vous ?**

Oui

Non

**Commentaires**

.....

.....

.....

.....

.....

**Avez-vous un animal domestique à votre domicile ?**

Oui

Non

Si oui

Chien

Chat

autre

Date de la demande /...../...../...../

Signatures :

**La personne**

Nom :

Prénom :

Signature

*Précédée de la mention « Lu et approuvé »*

**Le représentant légal (tuteur, tutrice)**

Nom :

Prénom :

Signature

*Précédée de la mention « Lu et approuvé »*