



## Dossier de demande d'inscription sur la liste d'attente de l'Association Kan Ar Mor

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur notre liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter ces fiches de renseignements et de faire compléter le volet médical joint par votre médecin.

Ce dossier est à retourner à l'adresse suivante :

Association Kan Ar Mor  
7, rue Jean Peuziat – BP 306  
29173 DOUARNENEZ Cedex

Renseignements :

Téléphone: 02.98.74.01.98  
Courriel : [siege.social@kanarmor.fr](mailto:siege.social@kanarmor.fr)



**Pour les demandes d'Accueil Temporaire :**

Foyer Kan Ar Mor Ker Odet  
27, Hent Félix Le Marhallach - 29700 PLOMELIN  
Tél : 02.98.94.21.22

**Pour les demandes de suivi par le SAMSAH, SAMSAH TED et le SAVS Emeraude :**

SAVS - SAMSAH Kan Ar Mor  
7, rue Félix Le Dantec – 29000 QUIMPER  
Tél : 02.98.10.27.90

*Cadre réservé à l'Association Kan Ar Mor*

Date de réception de la demande :

### État civil

Monsieur     Madame

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ... / ... / .....    Commune de naissance : .....

Code postal : .....

Situation de famille (*cocher la case correspondante*) :

Célibataire     Marié(e)     Pacte civil     Concubinage

Divorcé     Veuf/Veuve

### **COORDONNÉES**

Adresse : .....

Ville : .....    Code postal : .....

Téléphone : ... / ... / ... / ... / ...    Portable : ... / ... / ... / ... / ...

Courriel : .....@.....

## Modalités d'accueil sollicitées

**MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES (cocher la ou les cases correspondantes) :**

- Accueil de Jour (AJ)
- Foyer de Vie (FV)
- Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
- Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV)
- Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)
- Foyer d'hébergement ESAT (UVE)
- Service d'Accompagnement à la Vie Sociale Eole (SAVS)
- Service d'Accompagnement à la Vie Sociale Emeraude (SAVS)  
↳ **Contactez préalablement ce service au 02.98.10.27.90 avant de constituer un dossier.**
- Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)  
↳ **Contactez préalablement ce service au 02.98.10.27.90 avant de constituer un dossier.**
- Accueil Temporaire (AT)  
↳ **Votre dossier est à expédier à l'Accueil Temporaire de Plomelin.**

**Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :**

.....

↳ Quelles sont les raisons de ce choix :

.....

.....

## Situation Juridique

**PROTECTION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :**

- Tutelle       Curatelle       Curatelle renforcée       Sauvegarde de justice       Habilitation familiale
- Sans régime de protection       En cours

Nom – Prénom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Courriel : .....@.....

## Décision de la CDAPH

**ORIENTATION (cocher la case correspondante) :**

- Foyer de Vie    Foyer d'Accueil Médicalisé    ESAT    Hébergement d'ESAT    SAVS    SAMSAH

Numéro de dossier CDAPH: .....

## Demande rédigée par

- Monsieur    Madame

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Courriel : .....@.....

Lien avec la personne concernée par la demande (préciser, le cas échéant)

- Membre de la famille : .....
- Représentant légal : .....
- Autre [préciser] : .....

## Situation actuelle

**Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :**

- À votre domicile personnel
- Au domicile familial
- En établissement hospitalier : depuis le : ...../...../.....
- En établissement médico-social : depuis le : ...../...../.....
- Autre (à préciser) : ..... depuis le : ...../...../.....

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

## Motivations de la demande

**Cette demande est liée à** (cocher la case correspondante) :

- Une recherche de place en lien avec votre orientation
- Un changement d'orientation
- Une mobilité géographique
- Des difficultés liées au maintien à domicile
- Un souhait de quitter une structure hospitalière
- Autre (à préciser) : .....
- .....

## Histoire de la personne

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (durée, niveau, diplômes...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Emplois précédents (durée, dates, employeurs, postes occupés) :

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisation ou accueil en établissement antérieur :

.....

.....

.....

.....

.....

## Renseignements administratifs

N° allocataire aux prestations familiales : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Organisme : .....

## Attentes - Besoins

Quels sont vos centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés... ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Coordonnées de ou des personnes avec qui vous avez régulièrement des liens

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Liste des pièces à fournir (photocopies):

*Merci de rayer les documents qui ne vous concernent pas.*

- 2 photos d'identité
- Attestation d'assuré (CPAM – MSA – Autres)
- Attestation mutuelle
- Carte d'identité (recto-verso)
- Extrait d'acte de naissance
- Notification d'orientation CDAPH
- Carte de Mobilité Inclusion
- Jugement de tutelle / curatelle / sauvegarde de justice
- Permis de conduire
- Annexe 1 – Tableaux des capacités fonctionnelles et activités
- Annexe 2 – Dossier médical

**Afin de mieux appréhender votre situation, n'hésitez pas à nous communiquer tous documents que vous jugerez utiles (rapports, bilans, etc.).**

Fait le : ..../..../.....

Nom, prénom :

Qualité du signataire :

Signature :

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

**Association Kan Ar Mor** : 7, rue Jean Peuziat – BP 306 29173 DOUARNENEZ Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## ANNEXE 1 - Tableaux des capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement par les établissements ou services  
(merci de cocher les cases correspondantes).

SOINS PERSONNELS	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger..)			
Gérer son repos quotidien			
MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			
EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

PERSONNE CONCERNEE
Nom : .....
Prénom(s) : .....
Né(e) le : .. / .. / .... à : .....
Adresse : .....
Ville : ..... Code postal : .....

APPAREILLAGE
<input type="checkbox"/> Canne
<input type="checkbox"/> Déambulateur
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé
<input type="checkbox"/> Orthèse ou prothèse
<input type="checkbox"/> Appareil auditif
<input type="checkbox"/> Lunettes
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : .....

<b>VIE DOMESTIQUE ET COURANTE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>			
Gérer son traitement					
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Entretien du linge, vêtements.					
Faire son ménage					
Gérer son budget					
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties.)					
<b>PRISE EN CHARGE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>FRÉQUENCE</b>		
			<b>Journalière</b>	<b>Hebdomadaire</b>	<b>Mensuelle</b>
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					
<b>RÉGIME ALIMENTAIRE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>PRÉCISER</b> (Le cas échéant)		
Régime alimentaire					
Texture particulière					
<b>FONCTIONS SENSORIELLES</b>	<b>BONNE</b>	<b>MOYENNE</b>	<b>MAUVAISE</b>		
Ouïe					
Vue					

<p><b>Informations renseignées par :</b></p> <p>Fait le :</p> <p>Signature :</p>
--



## ANNEXE 2 – Dossier médical

(Document médical à mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNEE	ORIGINE DU HANDICAP		MEDECIN TRAITANT
Nom : ..... Prénom(s) : ..... Né(e) le : .. / .. / .. à : ..... Adresse : ..... Ville : ..... Code postal : .....			Nom : ..... Prénom(s) : ..... Ville : ..... Code postal : ..... Téléphone : .../.../.../... Autre : .../.../.../... Courriel : .....@.....
TRAITEMENT(S) EN COURS	PATHOLOGIES ASSOCIEES		ANTECEDENTS
Soins cutanés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : ..... ..... Rééducation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : ..... .....		ALD	<b>MEDICAUX</b>
			<b>CHIRURGICAUX</b>
			<b>PSYCHIATRIQUES</b>
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : ..... .....			

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX			ALIMENTATION			COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS
	OUI	NON		OUI	NON	
Opposition Retrait Délires, hallucinations Agitation Agressivité Errance, fugue			Régime alimentaire Préciser :  Sonde nasogastrique GPE Fausses routes			
Autres :			Autres :			
CONDUITE A RISQUE			SOINS TECHNIQUES			
Alcool : Tabac : Autres :						
MEDECINS SPECIALISTES		VACCINATIONS				
Nom/Prénom	Spécialité	Antitétanique – DTP Anti-pneumococcique Antigrippal Autres :				
					<b>TAILLE</b>	<b>POIDS</b>

<b>DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN RENSEIGNANT LE DOSSIER (cachet obligatoire)</b>	
---	--