

DEMANDE d'INSCRIPTION sur les LISTES d'ATTENTE(Utiliser cette case noire pour cocher en copier/coller)

L'ABRI DE JADE	logo de l'établissement	Date d'enregistrement de la demande
ST BREVIN LES PINS		

1	Nom patronymique	Nom marital	prénom	Date de Naissance

2	Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Situation familiale :	Cel. <input type="checkbox"/>	Ma. <input type="checkbox"/>	Concub. <input type="checkbox"/>	Pacs <input type="checkbox"/>	Div. <input type="checkbox"/>	Veuf <input type="checkbox"/>
Éventuellement Nom, Prénom, Date de naissance, et situation actuelle du conjoint.										

3	Mesure de protection: Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Type.	Assuré par :
----------	---	-------	--------------

4	COTOREP/CDA	N° Dossier *	Orientation	Validité
<small>* (précédé du numéro minéralogique si décision originale d'un autre département que la Loire Atlantique)</small>				

4 bis	Nature du Handicap :	En cas de handicaps associés, cocher LES cases correspondantes <input type="checkbox"/>
Moteur <input type="checkbox"/> intellectuel <input type="checkbox"/> psychique <input type="checkbox"/> sensoriel <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/>		

5	Adresse de l'intéressé :	6	Parents (année de naissance, adresse si différente) :

9	Conditions de Vie actuelles <input type="checkbox"/>				
seul (e) <input type="checkbox"/>		couple <input type="checkbox"/>		à plusieurs <input type="checkbox"/>	
Parents <input type="checkbox"/>		Famille/fratrie <input type="checkbox"/>		C.H.S. <input type="checkbox"/>	
Placement familial : Social <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Enfance <input type="checkbox"/>			IME <input type="checkbox"/> Externat <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/>		
Foyer de vie (Occupationnel) <input type="checkbox"/> Externat <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/>			Foyer d'Accueil Médicalisé <input type="checkbox"/> Externat <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/>		
S.A.V.S. <input type="checkbox"/>		LOGements ACcompagnés <input type="checkbox"/>		Foyer d'Accueil et d'Hébergement <input type="checkbox"/>	
SACAT <input type="checkbox"/>		CAT <input type="checkbox"/>			
Autres <input type="checkbox"/> (préciser)			Nom de l'établissement (si nécessaire)		

11	MOTIF (s) DE LA DEMANDE et PROJET PERSONNEL

40	La demande est introduite par		
M, Mme, Melle	En qualité de :	demeurant à :(adresse complète & téléphone)	signature <small>(ne vaut pas engagement)</small>

41	Si Annulation d'une demande cocher avec <input type="checkbox"/> les cases ad hoc	entrée dans un autre établissement ou service <input type="checkbox"/> réorientation CDA <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
-----------	---	---

Cette demande doit être éditée en **trois** exemplaires : Une pour le demandeur , Une pour l'établissement ou service demandé , Une pour l'unité médicale du service Personnes Handicapées de la DGAS.

(Cette demande sera traitée informatiquement, en vertu de l'article 34 de la loi du 6/02/78, le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du médecin territorial du service Personnes Handicapées DGAS 3 quai Ceineray BP 94109 Nantes 44041 cédex 01)