

FICHE D'INSCRIPTION « EHPAD HORS LES MURS »

I. RENSEIGNEMENTS À PROPOS DE L'USAGER DEMANDEUR

Nom : Prénom : Age : Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Situation familiale : marié (e) veuf (ve): séparé (e)/célibataire :

Lieu de vie actuel

Vit : Seul : oui non

En famille : oui non

Aidant : oui non

si OUI avec :

si OUI avec:

GIR (si connu) :

Plan d'aide : oui non ne sait pas

Bénéficiaire de l'APA : oui non

Professionnels intervenant au domicile :

SERVICE OU PROF. LIBERAL	ADRESSE	TEL	JOURS - HORAIRES

Mesure de protection : oui non en cours

Coordonnées tuteur/curateur :

Coordonnées Médecin Traitant : (nom, adresse, téléphone)

II. ORIGINE DE LA DEMANDE

Bénéficiaire

Aidant/famille

Professionnel

Nom :

Qualité/Profession :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

La personne concernée est-elle favorable à la demande ? oui non

A-t-elle donné son consentement ? oui non

III. VOLET SANTÉ

Taille :

Poids :

Antécédents justifiant la demande (pathologie, isolement, difficultés...)

Antécédents médicaux impactant l'accompagnement quotidien :

Traitement en cours :

Aide matérielle nécessaire à l'accompagnement (marche, continence, texture du goûter...)

Spécificités de l'accompagnement utiles à connaître :

IV. VOLET VIE SOCIALE

Centres d'intérêt :

Attentes / besoins :

Jour(s) d'accueil souhaité(s) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

V. PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Merci de bien vouloir fournir pièces suivantes **avant le 1^{er} jour de votre présence** :

- ✓ Photocopie de la carte nationale d'identité
- ✓ Justificatif de domicile
- ✓ Attestation d'assurance de responsabilité civile
- ✓ Autorisation droit à l'image

Et le cas échéant :

- ✓ Photocopie du jugement de tutelle

L'EHPAD Les Trémolades reste à votre entière disposition pour vous aider à effectuer la demande si besoin.

Important : En cas de désistements réguliers, du non-respect des horaires de prise en charge, d'incompatibilité avec le groupe ou d'une dégradation de la santé de la personne accueillie faisant obstacle à de bonnes conditions de prise en charge, l'EHPAD Les Trémolades se réserve le droit d'interrompre l'accueil.

Partie réservée à l'EHPAD Les Trémolades

DÉCISION D'ACCUEIL

Membres de la Commission :

Décision favorable

Accueil à compter du :

Décision défavorable

Motif :



AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

A l'occasion des activités de « l'EHPAD Hors les Murs » au sein de l'EHPAD Les Trémolades, vous pouvez être photographié. Nous souhaitons pouvoir, éventuellement utilisés ces photos pour illustrer cette activité sur notre site web ou notre page sur les réseaux sociaux.

Ces photographies ne seront accompagnées d'aucunes informations susceptibles de vous rendre identifiables ; votre nom ne sera pas mentionné. Les légendes accompagnant les photographies ne porteront atteinte à votre réputation ou à votre vie privée.

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Mr ou Mme

Participant au dispositif « EHPAD Hors les Murs » au sein de l'EHPAD Les Trémolades situé 7, route de Ribérac 24350 Tocane Saint-Apre

Le cas échéant, représenté par :

Mr ou MmeEn qualité de.....

AUTORISE :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant le participant à « l'EHPAD Hors les Murs ».
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) me représentant dans les cadres strictement énoncés ci-après :
 - Reportage dans la presse
 - Site internet de l'établissement
 - Page Facebook de l'établissement
 - Photos des activités et des animations dans nos locaux

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, votre image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Fait à : le :

(Signature)¹

¹ Signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour accord ».