UPHV
28 Rue de la Gibaudière
49124 St Barthélémy d'Anjou

07 57 40 38 48

Dossier suivi par Céline RODAYER
c.rodayer@kypseli.co

Photo d'identité

Date de la demande : ……

FICHE D'INSCRIPTION FOYER D'HERBERGEMENT KYPSELI

☐ La Possonnière ☐ Saint Barthélemy d'Anjou

NOM : ……
Prénom : ……
Adresse : ……
Code Postal : …… Ville : ……
Lieu de vie : En famille ☐ En établissement ☐ En Appartement ☐ Autres ☐ ……
Date de Naissance : …… Lieu de Naissance : ……
Téléphone : …… Mail: ……

REFERENT FAMILIAL

NOM : ……..Prénom : ……
Adresse : ……
Code Postal : …… Ville : ……
Téléphone : …… Mail : ……
En qualité de :
Père ☐ Mère ☐ Fils ☐ Fille ☐ Frère/ Sœur ☐ Autres ☐……

REFERENT PROFESSIONNEL

NOM : ……..Prénom : ……
Adresse : ……
Code Postal : …… Ville : ……
Téléphone : …… Mail: ……
Profession : ……..
Nom de l'Etablissement : ……

SITUATION ADMINISTRATIVE

Numéro de dossier MDPH : ……
La personne a-t-elle une orientation en UPHV ? Oui ☐ Non ☐
Date de fin de validité de la notification UPHV par la MDPH ?.....
La personne bénéficie-t-elle d'une prise en charge par l'aide sociale ?
Oui ☐ Non ☐

REPRESENTANT LEGAL

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection judiciaire ? Oui ☐ Non ☐
Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle Renforcée ☐ Habilitation familiale ☐

NOM et Prénom du représentant légal : ……
Si association de tutelle, sa désignation : ……..
Adresse : ……
Code Postal : …… Ville : ……
Téléphone : …… Mail :……

SUIVI MEDICAL

Coordonnées du Médecin Généraliste
Nom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....
Coordonnées du Médecin psychiatre ou du psychologue
Nom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....
Traitement médical : ▫ Oui ▫ Non
Allergies : .....
Régime alimentaire : ▫ Oui ▫ Non
Sujet aux fausses routes : ▫ Oui ▫ Non
J'ai des Addictions : ▫ Oui ▫ Non
Si oui, préciser : ……

ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

➔ Ma mobilité

▫ Pour me déplacer en extérieur :
▫ Pour me déplacer en intérieur :
▫ Pour me repérer dans l'espace :
▫ Pour faire des courses en ville
▫ Pour m'aider à respecter les horaires
▫Autres .....

➔ J'ai besoin de soutien dans ma vie quotidienne

▫ Pour avoir une hygiène corporelle régulière
▫ Pour avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat
▫ Pour préparer mes repas
▫ Pour entretenir mon logement
▫ Pour me repérer dans le temps
▫ Pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes…) / me protéger des intrusions
▫ Pour gérer mon argent et répondre à mes obligations (AGP, dépense du quotidien).
▫ Pour prendre mes médicaments
▫ Pour prendre des rendez-vous médicaux (médecins traitant, dentiste, médecins spécialistes…)
▫ Pour avoir un suivi médical régulier
▫ Autres ....
.....

➔ J'ai besoin d'aide dans mes relations avec autrui

▫ Pour affronter des situations et des relations qui me stressent, m'angoissent, me font fuir…
▫ Pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes…
▫ Pour éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis
▫ Pour éviter l'isolement
▫ Pour m'aider à reconnaître ma maladie
▫ Autres :
.....
.....
.....
.....
.....

Signataire : Nom Prénom ; En qualité de ;