



IDENTITÉ DU RÉSIDENT

Nom	
Prénom	
Date	
Rempli par	

QUE MANGE-VOUS OU BUVEZ-VOUS QUAND VOUS VOULEZ VOUS FAIRE PLAISIR ?

Viande	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Poisson	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Légumes	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Fruits	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Gâteaux	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Produits laitiers	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Boissons	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Spécialités régionales	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non
Café à la fin du repas ?	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :	<input type="checkbox"/> Non

QUE N'AIMEZ-VOUS PAS (OU N'AVEZ PAS LE DROIT) DE MANGER OU BOIRE ?

Etes-vous allergique à certains aliments ? Oui Précisez : Non

Pour quels aliments éprouvez-vous une réticence particulière, un dégoût ?

QUELLES SONT VOS HABITUDES ?

Avez-vous des habitudes pour les horaires de vos repas ?

Petit-déjeuner Oui Précisez : Non

Déjeuner Oui Précisez : Non

Goûter Oui Précisez : Non

Dîner Oui Précisez : Non

Que prenez-vous habituellement pour votre petit déjeuner ?

Avez-vous l'habitude de goûter ? Oui Précisez : Non

Avez-vous des habitudes liées à une pratique religieuse ou autre ? (consommation de porc, régime végétarien, habitudes régionales, etc ? Oui Précisez : Non

Avez-vous l'habitude de pratiquer un régime particulier ?

Oui Précisez : Non

CAPACITÉS OLFACTIVES ET AUDITIVES

Reconnaissance des saveurs évaluée le .../.../...		par :	
Sucrée	.../5	Acide	.../5
Salée	.../5	Amère	.../5
Evaluation olfactive réalisée le .../.../...		par :	
Résultats :			
Remarques et consignes :			

CAPACITÉS MOTRICES

Coupe seul sa viande	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ouvre un pot (yaourt, beurre)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pèle un fruit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Remplit un verre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Porte ses aliments à sa bouche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déglutit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide techniques nécessaires :		
Remarque et consignes d'aide :		

DIVERS

Texture	Prescrit par :	Date :	.../.../...
Enrichissement	Prescrit par :	Date :	.../.../...
CNO	Prescrit par :	Date :	.../.../...

DIVERS

Besoins energetiques	<input type="checkbox"/> Réduit	<input type="checkbox"/> Normaux	<input type="checkbox"/> Élevés
Consommation habituelle	<input type="checkbox"/> Petites portions	<input type="checkbox"/> Portions normales	<input type="checkbox"/> Grosses portions

Fait à	
Date	

SIGNATURE DE LA PERSONNE CONCERNÉE OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL ⁽¹⁾	
--	--



IDENTITÉ DU RÉSIDENT

Nom		Nom de jeune fille	
Prénom		Prénom usuel	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Si pays étranger, lequel ?		Date d'arrivée en France	
Langues parlées			
Adresse			
Code postal		Ville	
Statut avant entrée	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Famille / Structure	<input type="checkbox"/> Autre

PERSONNALITÉ DU RESIDENT

Coiffeur (ajouter la fréquence)	
Esthéticienne (ajouter la fréquence)	
Pédicure (ajouter la fréquence)	
Religion	
Sport (précisez)	
Jeu de société (précisez)	
Musique préférée (précisez)	
Chanteur préféré (précisez)	
Hobby ou passion (précisez)	

MOBILITÉ

Promenade extérieur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Se perd à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Utiliser les escaliers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Chute au cours du mois dernier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Chutes répétitives au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Marche tout le temps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Vertiges	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Attaché au fauteuil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Barrières lit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Appareil de déplacement (cane, fauteuil, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Précisez lequel			

SENSORIEL

Déficiência visuelle (lunettes, lentilles, prothèse, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Précisez lequel			
Déficiência auditive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

COMPORTEMENT

Oublis fréquents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Oublis sur son passé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Menaces ou injures régulières	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Comportement agressif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Perte d'intérêt pour ses activités préférées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Perte d'intérêt pour sa famille, ses amis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Pleurs fréquents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

ÉTAT GENERAL

Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Non
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Non
Escarres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Fait à	
Date	

SIGNATURE DE LA PERSONNE CONCERNÉE OU
DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL ⁽¹⁾



DEMANDE D'ADMISSION DE

Nom	
Prénom	

PRÉFÉRENCE D'ADMISSION SUR L'ÉTABLISSEMENT DE

<input type="checkbox"/> Billy Berclau	<input type="checkbox"/> Cambrin	<input type="checkbox"/> Douvrin	<input type="checkbox"/> Haisnes
<input type="checkbox"/> Hulluch	<input type="checkbox"/> Labourse	<input type="checkbox"/> La Couture	<input type="checkbox"/> Noyelles les Vermelles
<input type="checkbox"/> Saily Labourse	<input type="checkbox"/> Violaines	<input type="checkbox"/> Sans Préférence	
<input type="checkbox"/> Transfert ultérieur souhaité sur			

VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT REMPLIR ET SIGNER L'ENGAGEMENT CI-DESSOUS

Nom		Prénom	

NOUS NOUS ENGAGEONS, SOLIDAIREMENT, À RÉGLER CHAQUE DÉBUT DE MOIS, LA MENSUALITÉ DUE POUR LES FRAIS D'HÉBERGEMENT DE À LA SEM SPAPA. NOUS ACCEPTONS QUE L'ÉTABLISSEMENT PERÇOIVENT L'A.P.A. (CETTE PRESTATION ÉTANT ENSUITE DÉDUITE DE LA FACTURE DU RÉSIDENT)

NOUS DÉSIGNONS :

Nom ⁽¹⁾		Prénom	
<input type="checkbox"/> ACCEPTE, DE RÉGLER GLOBALEMENT EN UN SEUL VERSEMENT À LA DATE FIXÉE, L'ENSEMBLE DES SOMMES DUES À L'ÉTABLISSEMENT			

NOUS APPROUVONS LES DISPOSITIONS DE CETTE PRÉSENTE DEMANDE D'INSCRIPTION ET NOUS CONFORMONS AUX INSTRUCTIONS DÉCRITES DANS LE LIVRET D'INFORMATION

SIGNATURE DE LA PERSONNE CONCERNÉE OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL ⁽¹⁾			
SIGNATURE DES MEMBRES DE LA FAMILLE		NOM PRENOM SIGNATURE	NOM PRENOM SIGNATURE
NOM PRENOM SIGNATURE	NOM PRENOM SIGNATURE	NOM PRENOM SIGNATURE	NOM PRENOM SIGNATURE

⁽¹⁾ Signature de la personne concernée ou de son représentant légal