



66 360 THUES LES BAINS  
[masdessources@orange.fr](mailto:masdessources@orange.fr)

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Critères d'admission : adulte en situation de handicap psychique, stabilisé. La priorité sera donnée aux personnes résidant sur le département des Pyrénées Orientales.

**Merci d'envoyer la demande sous pli confidentiel à la Direction de la MAS**

Adresse : **M.A.S. DES SOURCES – 66 360 THUES LES BAINS – tél. 04 68 05 40 00**

L'admission dans l'Etablissement est précédée d'un stage d'une semaine reconductible 4 fois. Lequel stage peut être dénoncé chaque semaine et exceptionnellement être prolongé pour une nouvelle période de 4 fois une semaine.

Renseignements et pièces à fournir pour l'étude du dossier :

### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX**

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**Date et lieu de naissance** : .....

**Etablissement d'origine ou lieu de résidence actuelle** : .....

.....

### **Couverture sociale** :

**N° Sécurité sociale** : .....

**Caisse** : .....

**ALD (date de fin)** : .....

**CMU (date de fin de droits)** :

**N° Allocataire CAF et adresse** : .....

.....

.....



**Mutuelle ou Assurance complémentaire :**

Nom et adresse : .....  
.....

**Etablissements antérieurs :.....**

.....  
.....  
.....  
.....

**Notifications d'orientation de la CDAPH MAS**

**obtenue :**.....

**Attestation responsabilité civile et n° de contrat :**.....

.....

**Protection judiciaire :**

- Sauvegarde de justice       Tuteur       Curateur

Date du Jugement : .....

Adresse du Tribunal : .....

.....

**Nom, Prénom, adresse du Tuteur ou Curateur :.....**

.....  
.....

**Coordonnées téléphoniques : .....e-mail :.....**

**Assistant de service social référent du dossier :** .....

Adresse :.....

.....

Tel :.....



Prestations	Notification OUI/NON	Date de fin de validité
Allocation Adulte Handicapé (AAH) Taux d'incapacité :		
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)		
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)		
Carte d'Invalidité : N° de carte		
Carte priorité pour personnes handicapées		
Carte de stationnement		
Pensions perçues :	N° d'inscription :	Organisme débiteur



## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Handicap psychique :** .....  
.....  
.....  
.....

**Antécédents médicaux, familiaux, allergiques, chirurgicaux, historiques de la maladie état  
psychiatrique actuel et traitement à remplir sous pli confidentiel (cf. annexe 1)**

**Médecin traitant :**.....  
**Adresse :**.....  
**Tel :**.....

**Médecin spécialiste (hors psychiatrie) :**.....  
**Adresse :**.....  
**Tel :**.....

**Dentiste :**.....  
**Adresse :**.....  
**Tel :**.....  
**Date de la dernière consultation :**.....

## **RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

**Père :**  
**Nom :**.....  
**Prénom :**.....  
**Date de naissance :**.....  
**Adresse :**.....  
.....  
**Tel :**.....

**Mère :**  
**Nom :**.....  
**Prénom :**.....  
**Date de naissance :**.....  
**Adresse :**.....  
.....  
**Tel :**.....



**Enfants :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel : .....

**Frères / Sœurs :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel : .....

**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :**

- ***Synthèse sociale.***
- ***Synthèse psychologique.***
- ***Synthèse paramédicale et infirmière (autonomie, aides nécessaires...).***
- ***Synthèse médicale et éducative***
- ***Copies : carte de mutuelle, jugement de protection, justificatifs de revenus,***
- ***Notifications MDPH***



**Effets à apporter à l'entrée (cf. Annexe 2)**

- Un trousseau
- Produits de toilette

**DATE :**

**SIGNATURE DU DEMANDEUR :**



**Annexe 1**

**CONFIDENTIEL**

**Volet à remplir par le médecin et à envoyer sous pli confidentiel à la direction de la MAS**

**ANTECEDENTS MEDICAUX :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**ANTECEDENTS ALLERGIQUES**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**HISTORIQUE DE LA MALADIE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....







## ANNEXE 2 :

### **TROUSSEAU CONSEILLE FEMME :**

- 7 paires de chaussettes ou collant.
- 1 paire de chausson
- 1 paire de chaussure pour la piscine
- 1 paire de chaussure été et une paire d'hiver
- 7 tricots de corps ou chemisier
- 7 sous-vêtements
- 4 chemises de nuit
- 1 robe de chambre
- 1 peignoir de bain
- 1 maillot de bain
- 7 pantalons ou robes
- 7 pull overs ou gilets
- 2 manteaux
- serviettes de table
- sac ou sac a dos
- mouchoirs tissus ou papier
- nécessaire de toilette : 4 serviettes ,6 gants, savon et shampoing, brosse, brosse a dent, dentifrice, etc. ...

### **TROUSSEAU CONSEILLE HOMME :**

- 7 paires de chaussettes
- 1 paire de chausson
- 1 paire de chaussure pour la piscine
- 1 paire de chaussure été et une paire d'hiver
- 1 robe de chambre
- 4 pyjamas
- 1 peignoir de bain
- 1 maillot de bain
- 7 pull overs ou gilets
- 7 tricots de corps
- 7 sous-vêtements
- 2 manteaux
- serviettes de table
- sac ou sac à dos
- mouchoirs tissus ou papier
- nécessaire de toilette : 4 serviettes ,6 gants, savon et shampoing, brosse, brosse à dent, dentifrice, rasoirs et mousse à raser.

