

**Renseignements administratifs** – déclaration sur l’honneur / Renseignements médicaux – Grille AGGIR / Pièces à joindre

Date de la demande : ..... **Date d’entrée souhaitée** : .....

**Type d’hébergement souhaité :**

- Logement permanent                       Chambre découverte (meublée)                       Liste d’attente

**ETAT CIVIL**

Nom d’usage: ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

**LOGEMENT ACTUEL**

Adresse actuelle : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....  
Vous êtes :  Propriétaire  Locataire  Autre : .....  
Vous vivez en :  Maison  Appartement  Autre : .....

**VOTRE ENTREE A LA MARPA**

Comment avez-vous connu la Marpa ? .....  
.....  
.....  
Pourquoi souhaitez-vous entrer à la MARPA ? .....  
.....  
.....

## SITUATION FAMILIALE

### Enfants

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

## DERNIERE PROFESSION

Emploi : .....

Employeur : .....

## PERSONNE(S) DE CONFIANCE / **FORTEMENT RECOMMANDEE**

La notion « **personne de confiance** » relève de l'article L1111-6 du code de la Santé publique, introduit par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

Il s'agit d'une part d'une personne en qui on doit avoir confiance (il s'agit toujours d'une personne physique). Sa désignation est une démarche importante, puisque son avis sera sollicité dans des moments graves ; l'identité de la personne sera précise.

Nom, Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Mail : .....

Signature de la personne de confiance :

Nom, Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Mail : .....

Signature de la personne de confiance :

## INSTRUCTIONS PARTICULIERES

### Hospitalisation

Choix de l'établissement en cas d'hospitalisation (sauf urgence): .....

### Caisse d'assurance maladie

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

N° immatriculation : .....

### Mutuelle

Nom de la mutuelle : .....

Adresse : .....

N° adhérent : .....

## RESSOURCES

### Régimes de retraite

Sécurité sociale ou autre régime obligatoire	Adresse	N° immatriculation	Montant mensuel

### Retraites complémentaires

Organismes et adresses	N° immatriculation	Montant mensuel

### Autres ressources financières (APL, APA etc)

.....  
.....

PROFESSIONNELS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE

Médecin traitant : ..... Ville : ..... Tél : .....

<i>PRESTATAIRES</i>	<i>NOM DE L'INTERVENANT OU DE L'ASSOCIATION INTERVENANTE ET COORDONNEES</i>	<i>PRESTATIONS EFFECTUEES</i>
Soins infirmiers		
Dentiste		
Kinésithérapeute		
Services d'aide à domicile		
Pédicure		
Autres intervenants		

CAUTIONNEMENT – ENGAGEMENT SOLIDAIRE / **OBLIGATOIRE**  
PERSONNES OU ORGANISMES S'ENGAGEANT A COMPLETER EVENTUELLEMENT LE PRIX DU SEJOUR

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Signature, cachet ou certificat d'engagement de la personne ou de l'organisme :

A : .....

Le : .....

**Signature :**

**Questionnaire médical à remplir par votre médecin traitant**

**IDENTITE**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Situation de famille :     célibataire     marié(e)     veuf (ve)     divorcé(e)

Personne(s) à prévenir en cas de nécessité

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Antécédents**

Médicaux	
Chirurgicaux	
Familiaux	
Allergies	

Taille : .....

Poids : .....

**Cardio-vasculaire**

Cardiopathie ischémique	oui	non
Cardiopathie hypertensive	oui	non
Cardiopathie valvulaire	oui	non
Trouble du rythme	oui	non
Traitement anticoagulant	oui	non

**Respiratoire :** .....

.....

.....

**Locomoteur:** .....

.....

.....

**Sensoriel:** .....

.....

.....

**Vue:** .....

.....

.....

**Audition:** .....

.....

.....

**Neuropsychiatrique**

Déficit sensitivomoteur	
Syndrome extrapyramidal	
MMS récent (score)	
Troubles du comportement	
Troubles du sommeil	
Troubles sphinctériens	
Troubles métaboliques	
Autres (bucco-dentaire, cutané, etc)	

GIR estimé	
------------	--

Traitement actuel




Vaccination COVID

oui (joindre le/les certificat(s) de vaccination)

non

Certificat médical

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie que M. / Mme .....

Ne présente pas de signe de maladie contagieuse et est indemne de trouble mental pouvant perturber la vie en collectivité.

A : .....

Le : .....

(cachet et signature)



Résidence autonomie

Les Couleurs du Soleil

Renseignements administratifs – déclaration sur l'honneur / Renseignements médicaux – Grille AGGIR / Pièces à joindre

## Liste des documents administratifs à joindre au dossier

---

Dossier d'admission complet :

- Renseignements administratifs  
Déclaration sur l'honneur « Relevé des capitaux du foyer »
- Renseignements médicaux (*rempli par votre médecin traitant*)  
Grille AGGIR complétée (*remplie par votre médecin traitant*)  
Copie du Pass sanitaire (le cas échéant)
- Copie de la dernière ordonnance
- Copie de la Carte d'Identité
- Copie du Livret de famille
- Copie de la Carte Vitale
- Copie de l'Attestation de la Carte Vitale
- Copie de la carte de Mutuelle à jour
- Copie du dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Justificatifs des versements annuels des retraites et pensions
- Une caution (égale à un mois de loyer - *sans les charges*)

## Ce qu'il faut faire lors de votre entrée dans la résidence...

---

1/ Prévoir une assurance Responsabilité Civile, dégâts des eaux, incendie, vol, etc

2/ Prévoir un abonnement téléphonique (si souhaité)