



**SAMS APF 35**  
12 ter avenue de Pologne  
35200 Rennes  
02 99 84 26 60  
[sams.rennes@apf.asso.fr](mailto:sams.rennes@apf.asso.fr)

**FORMULAIRE  
DOSSIER DE PREADMISSION  
SAVS / SAMSAH**

Référence	T1N5-2-F3
Version	A
Page	1/6

**Réservé au service**

Date du RV de pré-admission :  
Origine de la demande :

**ETAT CIVIL**

***NOM - PRENOM :***

Adresse :

Téléphone :

e.mail :

Date de naissance :                      Sexe : F                       M

**Situation de famille :**

Célibataire     Marié (e)     Veuf (ve)     Séparé (e)     Divorcé (e)     Pacsé (e)

Nombre d'enfant (s) :                      Age(s) :                      Vivant avec vous :

---

**SITUATION ADMINISTRATIVE ET RESSOURCES**

**ORIENTATIONS M.D.P.H (Maison Départementale des Personnes Handicapées)**

Disposez-vous d'une orientation MDPH pour un :

SAVS (Service d'Aide à la Vie Sociale)

Echéance : du                      au

SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

Echéance : du                      au



**SAMS APF 35**  
12 ter avenue de Pologne  
35200 Rennes  
02 99 84 26 60  
[sams.rennes@apf.asso.fr](mailto:sams.rennes@apf.asso.fr)

**FORMULAIRE  
DOSSIER DE PREADMISSION  
SAVS / SAMSAH**

Référence	T1N5-2-F3
Version	A
Page	2/6

**COUVERTURE SOCIALE**

Affiliation à la sécurité sociale  oui  non

Régime :  général  autre : .....

N° d'affiliation : /\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / clé : / \_\_\_ /

Nom et adresse de la caisse :

.....  
.....

Adhérent à une mutuelle :  oui  non

Nom et adresse de l'organisme :

.....  
.....

**NATURE DE VOS RESSOURCES**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PCH        | <input type="checkbox"/> ACTP                 |
| <input type="checkbox"/> AAH        | <input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité |
| <input type="checkbox"/> Salaire    | <input type="checkbox"/> Retraite             |
| <input type="checkbox"/> Autre..... |   |

**PROTECTION JURIDIQUE**

- Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  
 Mandat de protection future  aucune

Si oui, nom et adresse de la personne ou de l'organisme exerçant la mesure de protection :

.....  
.....



**SAMS APF 35**  
 12 ter avenue de Pologne  
 35200 Rennes  
 02 99 84 26 60  
[sams.rennes@apf.asso.fr](mailto:sams.rennes@apf.asso.fr)

**FORMULAIRE  
 DOSSIER DE PREADMISSION  
 SAVS / SAMSAH**

Référence	T1N5-2-F3
Version	A
Page	3/6

**HANDICAP - AUTONOMIE**

Pathologie :

<b>ACTIVITES</b>		<b>REALISATION</b>	<b>AIDES TECHNIQUES</b>
<i>Transferts</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> En sécurité	
<i>Déplacements</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> En sécurité	
<i>Toilette</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> En sécurité	
<i>Habillage</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> En sécurité	
Elimination	<i>Urinaire</i>	<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> Continence	
	<i>Fécale</i>	<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> Continence	
Repas	<i>Manger</i>	<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> Fausses-routes	
	<i>Préparation</i>	<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine <input type="radio"/> En sécurité	
Communication	<i>Expression orale</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Dysarthrie <input type="radio"/> Aphasie	
	<i>Ecriture</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<i>Lecture</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Préhensions	<i>Main Gauche</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Limitées	
	<i>Main Droite</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Limitées	
<i>Entretien logement / linge</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine	
<i>Courses</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Aide humaine	
<i>Loisirs</i>		<input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Besoin d'accompagnement	



**SAMS APF 35**  
 12 ter avenue de Pologne  
 35200 Rennes  
 02 99 84 26 60  
[sams.rennes@apf.asso.fr](mailto:sams.rennes@apf.asso.fr)

**FORMULAIRE  
 DOSSIER DE PREADMISSION  
 SAVS / SAMSAH**

Référence	T1N5-2-F3
Version	A
Page	4/6

**AIDE HUMAINE**

Bénéficiez-vous de l'intervention d'un service d'aide humaine à domicile :

- Oui                       Non                      Nombre d'heures :

Bénéficiez-vous de l'intervention d'un service infirmiers (SSIAD ou IDE libéral) :

- Oui     Non

Bénéficiez-vous d'un service d'aide ménagère ?

- Oui                       Non                      Nombre d'heures :

Avez-vous une prise en charge en kinésithérapie ?

- Oui                       Non                      Fréquence :

Autres prises en charge paramédicales (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, etc...) :

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

**LOGEMENT**

**QUEL EST VOTRE TYPE D'HABITAT ?**

Domicile

A. Vivez-vous seul ?     Oui  Non, précisez avec qui (*conjoint, amis, parents, etc*) :

.....  
 .....

B. Etes-vous     Propriétaire ?                       Locataire ?

C. Votre logement est-il bien adapté ?     Oui                       Non, précisez :.....

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

En établissement, si oui lequel .....

Autre, précisez.....

 <p><b>SAMS APF 35</b> 12 ter avenue de Pologne 35200 Rennes 02 99 84 26 60 <a href="mailto:sams.rennes@apf.asso.fr">sams.rennes@apf.asso.fr</a></p>	<b>FORMULAIRE DOSSIER DE PREADMISSION SAVS / SAMSAH</b>		<b>Référence</b>	T1N5-2- F3
			<b>Version</b>	A
			<b>Page</b>	5/6

## TRAVAIL

**Travaillez-vous actuellement ?**     oui     non

Si oui, précisez s'il s'agit :  d'un temps plein  d'un temps partiel, précisez :.....

Si vous travaillez actuellement, précisez si c'est :

- en milieu de travail ordinaire
- en entreprise de travail adapté
- en ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)
- à domicile

**Etes-vous étudiant ?**     oui

**En recherche d'emploi ?**     oui

**Si sans emploi, précisez si vous êtes ?**

- demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi ou Cap Emploi
- demandeur d'emploi non inscrit à Pôle Emploi ou Cap Emploi
- en études ou en formation, précisez dans quel établissement :
- Autre, précisez

**ETES-VOUS TITULAIRE D'UNE RQTH**(Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ?  oui     non

Si oui, précisez la date de fin du dernier emploi (mois et année) :

Si vous êtes sans emploi, avez-vous un projet professionnel ?

Précisez ici ou développez en dernière page :

**NIVEAU DE SCOLARITE ACQUIS :**

- aucun diplôme malgré la scolarité ou formation professionnelle
  - Certificat d'études primaires
  - BEPC/BEP/CAP
  - Baccalauréat général ou professionnel
  - Etudes supérieures
-



**SAMS APF 35**  
12 ter avenue de Pologne  
35200 Rennes  
02 99 84 26 60  
[sams.rennes@apf.asso.fr](mailto:sams.rennes@apf.asso.fr)

**FORMULAIRE  
DOSSIER DE PREADMISSION  
SAVS / SAMSAH**

Référence	T1N5-2-F3
Version	A
Page	6/6

**ETES-VOUS ACTUELLEMENT ACCOMPAGNE PAR UN SERVICE MEDICO-SOCIAL ?**

- oui  non

Si oui, lequel :

Adresse :

Tél :

**LOISIRS**

**QUELS SONT VOS CENTRES D'INTERET ?**

- musique  peinture  télévision  collections  
 concerts  exposition  sciences  cuisine  
 cinéma  voyages  internet  sorties conviviales  
 sport, précisez :  
 autre, précisez :

**ACCOMPAGNEMENT PAR LE SAMS**

**QUELS SONT VOS BESOINS / SOUHAITS D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SAMS APF ?**

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