

DOSSIER DE CANDIDATURE UNIQUE DE :

NOM :

Prénom :

Pour une demande d'admission dans les établissements :

- M.A.S. Aubrac, Route de Combret, 48340 ST-GERMAIN DU TEIL
- M.A.S. La Luciole, 48340 ST-GERMAIN DU TEIL
- M.A.S. de Civergols, Civergols, 48200 SAINT CHELY D'APCHER
- M.A.S. d'Entraygues, 4, Quartier des Espradasses, CHIRAC, 48100 BOURG SUR COLAGNE

Ce dossier est à retourner à l'adresse suivante :

S.A.M.O
(Service d'Accompagnement à la Mobilité et à l'Orientation)
Direction générale du Clos du Nid
Quartier Costevieille
48100 Marvejols
07.70.25.20.35
samo@closdunid.asso.fr

Informations sur la demande

Etablie le :/...../.....

Par :

Qualité :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Email :@.....

Personne accueillie

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : Département :

Nationalité :

Situation familiale :

Adresse :

.....

.....

Ce domicile est-il reconnu comme domicile de secours au titre de l'aide sociale ?

Oui Non

Si non, indication précise du domicile de secours :

.....

.....

Photo d'identité

Mesure de Protection juridique :

Aucune : Curatelle renforcée :
Tutelle : Curatelle simple:
Habilitation familiale:

Demande en cours : Oui Non

Nom du représentant légal:

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Email :@.....

Numéro de sécurité sociale :

Nom et coordonnées de l'organisme de sécurité sociale :

.....

Numéro de mutuelle :

Nom et coordonnées de votre mutuelle :

.....

.....

Affection de longue durée : Oui Non

Si oui laquelle/lesquelles :

.....

.....

Depuis le :/...../..... jusqu'au :/...../.....

Pathologies principales :

.....

.....

Pathologies associées :

.....

.....

Lieu de vie

Famille ou Etablissement

Famille :

Lien de parenté avec la personne accueillie :

Même coordonnées que le demandeur, ou

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Email :@.....

Etablissement d'accueil :

Date d'admission :/...../.....

Même coordonnées que le demandeur, ou

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Email :@.....

Nom du Responsable :

Nom du médecin traitant :

Copie des documents à fournir (les plus récents)

- ✓ Synthèse médicale et diagnostic
- ✓ Bilan psychologique
- ✓ Projet personnalisé/bilan éducatif
- ✓ Carte nationale d'identité
- ✓ Jugement de protection juridique (le cas échéant)
- ✓ Attestation de sécurité sociale (A.L.D.) et mutuelle
- ✓ Notification d'orientation vers une M.A.S.
- ✓ Attestation responsabilité civile