

Vie personnelle de

I – Etat civil

Nom : Prénom (s) :

Sexe :

Date et lieu de naissance : le..... à (Département :....)

Situation familiale : Célibataire Marié Pacsé Concubin
Divorcé Veuf

Adresse postale :
.....
.....

Adresse électronique :@.....

Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Téléphone portable :/...../...../...../.....

II – Mesure de protection juridique

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ? OUI NON

Si oui par quel tribunal a-t-il été prononcée ?

.....
.....

La mesure prononcée est une :

Tutelle complète (protection de la personne et des biens) ? OUI NON

Tutelle limitée à la personne ? OUI NON

Tutelle limitée aux biens ? OUI NON

Curatelle complète (protection de la personne et des biens) ? OUI NON

Curatelle limitée à la personne ? OUI NON

Curatelle limitée aux biens ? OUI NON

Curatelle renforcée ? OUI NON

Si oui à quelle date la mesure a-t-elle été prononcée ?.....

Si oui pour quelle durée la mesure a-t-elle été prononcée ?.....

Mesure à renouveler avant le :

Existe-t-il :

-un conseil de famille ? OUI NON

-un tuteur ou curateur unique ? OUI NON

-des cotuteurs ou cocurateurs ? OUI NON

-des subrogés tuteur ou subrogés curateur ? OUI NON

-un partage entre tuteur/curateur familial et un tuteur/curateur professionnel ? OUI NON

Indiquez ci-dessous les nom et adresse du (des) tuteur(s) ou du (des) curateur(s) ? :

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

1 Document établi le :.....

III – Informations administratives

- Nom et adresse de l'établissement d'hébergement et/ou de travail :

.....
.....

- Sécurité Sociale, MSA, CMU, autres régimes :

N° d'immatriculation :

Adresse :

Affection Longue Durée – ALD- (prise en charge 100% - totale ou partielle) : OUI NON

CMU CMUC ACS

Attention, si la personne est mineure, indiquez le n° d'immatriculation de la Sécurité Sociale des parents

- Mutuelles complémentaires :

N° d'immatriculation :

Adresse :

- Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) :

Carte d'invalidité :

N° d'immatriculation :

Date de délivrance et de renouvellement : Durée :

Délivrée par la MDPH de :

Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) :

Caisse d'affiliation (CAF) :

N° allocataire : Echéance :

Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) :

Date de la décision de la MDPH attribuant l'allocation :

Echéance :

Taux d'incapacité :

Carte de priorité : OUI NON Date d'échéance :

Carte de stationnement : OUI NON Date d'échéance :

- Orientation Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Date : Durée :

IME/IMPRO

SESSAD

Milieu ordinaire

ESAT

Foyer

Adresse du lieu :

Atelier protégé

.....

FAM

MAS

SAVS

2 Document établi le :

SAMSAH

Autre :

Aide Sociale :

Conseil Général de :(Département :.....)

Date de notification d'admission à l'aide sociale :

Date de renouvellement :

IV – Activités professionnelles hors secteur protégé

Profession ou activités :

Nom et adresse de l'employeur :

.....
.....

V – Assurances personnelles

Indiquez les différents contrats d'assurance de la personne (ex : assurance auto/moto, habitation, responsabilité civile, etc...). Pour chacun d'eux, mentionnez le N° de contrat et l'adresse de l'assureur :

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

VI – Loisirs et activités culturelles et sportives

Loisirs ou activités :

.....
.....

Adresse :

.....
.....

Coordonnées du référent :

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

VII – Vacances

La personne protégée a-t-elle des habitudes en la matière ?

OUI NON

A-t-on recours à une association pour l'organisation des vacances ?

OUI NON

Si oui, indiquez les nom et coordonnées de l'association :

.....
.....

VII – Pratiques religieuses

La personne protégée pratique-t-elle une religion ?

OUI NON Ne souhaite pas s'exprimer

Si oui la religion de la personne implique-t-elle des pratiques spécifiques ? :

.....
.....