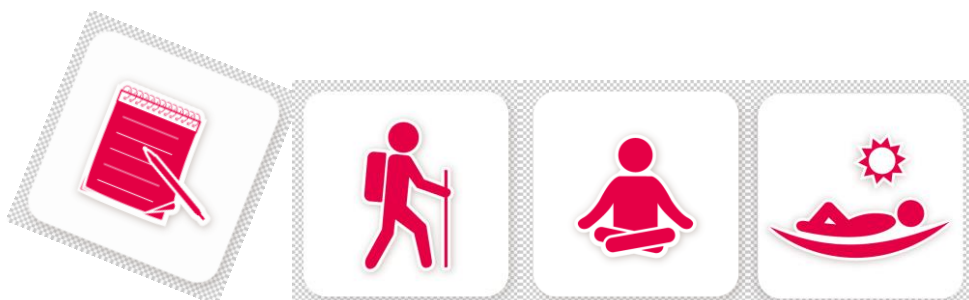




DOSSIER D'ADMISSION

DOCUMENTS A JOINDRE POUR VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

En accompagnement de votre dossier, nous vous demandons de joindre les documents suivants :

- Demande individuelle d'admission datée et signée ([pages 1 & 2](#))
- Photocopie de votre carte d'identité ou titre de séjour (recto/verso)
- Si hébergement en structure d'hébergement (ACT...), certificat de la structure indiquant qu'elle s'engage à vous accueillir à la fin du séjour à la Maison de Vie
- Pour les renouvellements de séjour le document dédié ([page 5](#))
- Fiche de préinscription aux ateliers ([page 6](#))

Sous enveloppe cachetée à l'attention de Monsieur le Médecin Référent de la Commission d'Admission de la Maison de Vie :

- Ordonnance récente avec la prescription des ARV
- Formulaire médical ([pages 3 & 4](#)) veiller à faire remplir par votre médecin le certificat médical [page 4](#)

BAREME DE PARTICIPATION FINANCIERE DES RESIDENTS AU SEJOUR A LA MAISON DE VIE

Une modeste participation financière aux frais d'hébergement, de restauration et aux activités est demandée aux résidents. Elle est déterminée en fonction des revenus mensuels.

Cette participation n'est pas prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

MONTANT DES REVENUS NETS MENSUELS	MONTANT PAR NUITEE ET PAR PERSONNE
inférieurs ou égaux à 1000 €	6 €
1000 € à 1500 €	10 €
1500 € à 2000 €	15 €
> 2000 €	24 €

Gratuité pour les enfants < 5 ans / 3 € de 5 à 14 ans / 6 € à partir de 15 ans

DEMANDE D'ADMISSION POUR UN SEJOUR A LA MAISON DE VIE

ETABLISSEMENT NON MEDICALISE

Nom	Prénom
Né(e)le	à
Sexe : ☐ M ☐ F	Nationalité
Adresse	
Tél	email
Période souhaitée	
Moyen de transport envisagé pour vous rendre à la Maison de Vie	

DONNEZ LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ SEJOURNER A LA MAISON DE VIE

Avez-vous déjà bénéficié d'un séjour à la Maison de Vie ? ☐ oui ☐ non si oui remplir le formulaire joint

DEMARCHE INDIVIDUELLE ? ☐ oui ☐ non si non MA DEMARCHE EST ETABLIE PAR L'INTERMEDIAIRE DE	
Service hospitalier	Ville
Nom du Correspondant	Tél
Service Social	Ville
Nom du Correspondant	Tél
Association	Ville
Nom du Correspondant	Tél
PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN	
Nom	Prénom
	Tél

Je joins les documents nécessaires à l'examen de ma demande de séjour dont le formulaire confidentiel d'informations médicales sous pli cacheté à l'attention de Monsieur le Médecin de la Commission d'Admission.



RESSOURCES MENSUELLES DU DEMANDEUR (indiquer les montants en €)

SALAIRE : RETRAITE : AAH : RSA : INVALIDITE :

Autres ressources (préciser)

ETAT CIVIL DE VOTRE CONJOINT ACCOMPAGNANT

Nom Prénom Age Sexe ☐ M ☐ F

RESSOURCES MENSUELLES DE L'ACCOMPAGNANT (indiquer le montant en €) :

ETAT CIVIL DU (DES) ENFANT (S) ACCOMPAGNANT

Nom Prénom Date de naissance Lieu de naissance Sexe M/F

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

ENGAGEMENT DU RESIDENT

Je, soussigné(e), en cas de validation de ma demande de séjour, m'engage notamment à :

- ne pas amener avec moi et ne pas consommer sur place tout produit illicite : cannabis, alcool...
- observer les règles du savoir-vivre en communauté : ne pas faire de bruit au-delà de 23h00, ne fumer que dans les espaces prévus à cet effet.
- ne pas fumer dans ma chambre. Par mesure de sécurité chaque chambre est équipée d'un détecteur de fumée. Une amende forfaitaire de 25 € sera appliquée en cas de non-respect de cette consigne.
- participer aux ateliers selon inscription jointe
- je suis informé(e) qu'en cas de détention et/ou de consommation de produits illicites (cannabis, alcool...) la Maison de Vie mettra fin immédiatement à mon séjour.

Je précise que je suis titulaire d'une assurance responsabilité civile et qu'à ce titre je dégage la Maison de Vie de toute responsabilité concernant tout dommage que je pourrais occasionner.
Lu et approuvé.

FAIT A LE SIGNATURE

FORMULAIRE CONFIDENTIEL D'INFORMATIONS MEDICALES

ETABLISSEMENT NON MEDICALISE

Nom :

Prénom :

sexe : ☐ M ☐ F

Age :

DONNEES MEDICALES

Hôpital référent

Service référent

Médecin suivi vih

tél

Médecin généraliste

tél

Date du dernier test de charge virale

Résultat

Date du dernier test des CD-4

Résultat

Autres pathologies (précisez)

Devez-vous suivre un régime alimentaire pour raison médicale ? ☐ oui ☐ non Si oui précisez

--

Seuls les régimes prescrits par votre médecin pourront être pris en compte lors de votre séjour (voir page 4 certificat médical)

Donnez brièvement le portrait actuel de votre état de santé physique

Donnez brièvement le portrait actuel de votre état de santé psychologique (exemples : dépression, perte de mémoire, désorientation, troubles neurologiques)

ADDICTIONS

ALCOOL ☐ oui ☐ non TABAC ☐ oui ☐ non CANNABIS ☐ oui ☐ non COCAINE ☐ oui ☐ non HEROINE ☐ oui ☐ non

TRAITEMENTS

Prise d'antirétroviraux : ☐ oui ☐ non Si oui lesquels

Autres traitements : ☐ oui ☐ non Si oui lesquels



AUTONOMIE

Etes-vous autonome dans votre vie quotidienne ? ☐ oui ☐ non

Vous déplacez-vous de façon permanente en fauteuil roulant ? ☐ oui ☐ non

Autres besoins particuliers ☐ oui ☐ non Si oui précisez

CERTIFICAT MEDICAL précisant que vous pouvez séjourner dans un lieu non médicalisé (à faire compléter par votre médecin). Le cas échéant merci d'indiquer la nécessité d'un régime alimentaire

Je, soussigné(e).....atteste que l'état de santé de.....
est compatible avec un séjour dans un établissement non médicalisé et ne présente aucun trouble psychique majeur
ou d'incompatibilité à la vie en groupe.

Fait à..... Le.....

Cachet + signature du médecin

DECLARATION DU RESIDENT

Je déclare que les renseignements donnés sur ce formulaire sont vrais et complets. J'autorise la Maison de Vie à faire toutes les vérifications jugées nécessaires.

Toute déclaration fausse ou erronée de ma part peut conduire, dès mon arrivée à la Maison de Vie, à un refus d'admission en raison de mon état de santé non compatible avec un établissement non médicalisé.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

REMPLIR TOUTES LES RUBRIQUES ET JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DE VOTRE ORDONNANCE

RENOUVELLEMENT DE SEJOUR

Nom :

Prénom :

Date(s) du/des précédent(s) séjour(s) :

Décrivez les bienfaits et apports du/des séjour(s) que vous avez déjà effectué(s) :

Quels changements dans votre vie quotidienne avez-vous observés depuis votre séjour ?

Présentez vos motivations et attentes pour un nouveau séjour dans notre structure :

Quels sont les points sur lesquels vous souhaitez mettre l'accent durant votre prochain séjour ?



PARTICIPATION AUX ATELIERS

Nom :

Prénom :

Voici la liste des ateliers qui sont proposés au cours des séjours. Nous vous invitons à vous y préinscrire en cochant la case correspondant.

Outre les ateliers du parcours santé auxquels votre présence est demandée, les autres ateliers sont recommandés et votre participation est libre.

	oui	non	j'hésite
LES ATELIERS DU PARCOURS SANTE			
Se maintenir en forme	☒		
Santé & alimentation	☒		
LES APPROCHES COMPLEMENTAIRES			
Atelier aromathérapie	☐	☐	☐
Atelier ostéopathie	☐	☐	☐
Atelier acupuncture	☐	☐	☐
LES ATELIERS DECOUVERTE			
Echappée Belle (écriture)	☐	☐	☐
Expression théâtre	☐	☐	☐
Expression mouvement & danse	☐	☐	☐
Environnement sonore & musical	☐	☐	☐
Landart	☐	☐	☐
Arts plastiques	☐	☐	☐
Création artistique	☐	☐	☐
LA JOURNEE « BIEN-ETRE »			
Socio-esthétique	☐	☐	☐
Réflexologie plantaire	☐	☐	☐
Massage	☐	☐	☐
LES ATELIERS DETENTE			
Yoga du rire	☐	☐	☐
Qi-Gong	☐	☐	☐
Relaxation	☐	☐	☐
Yoga	☐	☐	☐

Certains ateliers ne sont pas proposés tout au long de l'année