

## DOSSIER D'ADMISSION

**Documents à joindre en complément de ce dossier dûment rempli :**

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité  
(carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour)
- Copie de la Notification de votre orientation SAVS délivrée par la Maison  
Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Copie du récépissé du dépôt de dossier de demande d'orientation SAVS auprès  
de la MDPH (si vous êtes en attente de votre orientation)
- Copie du jugement du tribunal  
(si vous bénéficiez d'une mesure de protection)
- Données de l'autonomie dûment complété

### VOTRE IDENTITE

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

Tél. fixe : ..... Portable : .....

Email : .....

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etes-vous couvert par la sécurité sociale :  OUI  NON

N° de sécurité sociale : .....

Avez-vous une complémentaire santé :  OUI  NON

Percevez-vous des allocations de la CAF ou de la MSA :  OUI  NON

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

N° de dossier MDPH : .....

N° Familial : .....

N° Individuel : .....

Percevez- vous l'AAH ?                       Non                       Oui, valable jusqu'au .....

Avez-vous une notification PCH ?    Non                       Oui, valable jusqu'au .....

Avez-vous une carte d'invalidité ?    Non                       Oui, valable jusqu'au .....

***VOTRE SITUATION PERSONNELLE***

Vous vivez seul(e)

Vous vivez en couple :                       vie maritale                       marié(e)                       pacsé(e)

Avec enfant(s) précisez le nombre .....                       Sans enfant

***VOTRE MODE D'HEBERGEMENT***

**Vous habitez :**

En logement autonome

En Colocation avec (précisez) .....

Avec la Famille (précisez) .....

En Famille d'accueil (précisez) .....

Autre (précisez)

***VOTRE MODE DE DEPLACEMENT***

A pied.....

En Vélo.....

En scooter .....

En transport en commun.....

En voiturette .....

En voiture .....

*Vous pouvez cocher plusieurs réponses*



**Avez-vous des personnes qui peuvent vous aider ? Précisez  
(Proche, amis, famille, voisin....)**

non       oui (merci de détailler)

.....

.....

.....

**Qu'est-ce que vous attendez du service (souhaits, attentes, besoins) ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Votre situation actuelle**

à domicile

en établissement de santé

Précisez : .....

en établissement médico social

Précisez : .....

**Comment avez-vous eu  
connaissance du service ?**

Famille - amis

Mandataire judiciaire

Assistante sociale

Autre à préciser : .....

**Nom de la personne ayant renseigné le dossier si différent du demandeur :**

**Qualité de la personne :**

**N° de téléphone :**

**Email :**

**Dossier à retourner avec les copies demandées**

➤ **Par courrier : SAVS Polyvalent du Bassin d'Arcachon 39 Route des Lacs  
33380 BIGANOS**

➤ **Par mail : [secretariat@savspoly-ba.com](mailto:secretariat@savspoly-ba.com)**