



MONTALIER
Centre de soins de réhabilitation

4, Route de la Paloumeyre - 33650 SAINT SELVE
SECRETARIAT MEDICAL : Tél. : 05 57 97 11 40
Mail : secretariat-medical@montalier.fr
Site Web : www.montalier.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

A envoyer à notre adresse postale :
Montalier - BP 30002 – 33652 La Brède Cédex
à l'attention de la Commission Médicale d'Admission

Nom et Prénom du candidat :

Date de Naissance :/...../.....

* * *

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

- Courrier Médical (avec Diagnostic CIM et Motif d'orientation)
- Bilan Psychologique (si existant)

- Photocopies :
- Attestation Sécurité Sociale
 - Attestation Mutuelle Recto/Verso
 - Carte Nationale d'Identité Recto/Verso
 - Attestation Responsabilité Civile
 - Photo d'Identité (1)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRESENTE EN C.M.A.

* * *

Une caution de 20€ pour la clé de la chambre et du placard devra impérativement être déposée au début du séjour d'évaluation.

Pendant la durée du séjour d'évaluation,
les transports restent à la charge de l'établissement adresseur.

**Tout séjour en Hospitalisation Complète est soumis au règlement
du Forfait Journalier Hospitalier en Psychiatrie, de 15€ par jour.**

- 1 -

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM Prénom

Date de naissance : Lieu :

Nationalité :

Adresse Personnelle :
.....
..... ☎ :/...../...../...../.....

Adresse Famille :
.....
..... ☎ :/...../...../...../.....

Personnes à Prévenir :
..... ☎ :/...../...../...../.....
..... ☎ :/...../...../...../.....



MEDECIN TRAITANT : (déclaré à la Sécurité Sociale)

Nom :

Adresse :
..... ☎ :/...../...../...../.....

SITUATION JURIDIQUE ET SOCIALE (Fournir impérativement le jugement de protection juridique)

Mesure d'Accompagnement Jeune Majeur
 Mesure Aide Sociale à L'Enfance Sauvegarde de Justice
 Tuteur Curateur Aucune

NOM : Organisme :

Adresse :

☎/...../...../...../..... Mail :@.....

SITUATION ADMINISTRATIVE

100 % ALD	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> demande en cours
Mutuelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
CSS (Complémentaire Santé Solidaire)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> demande en cours

RESSOURCES

Contrat Jeune Majeur - Date de validité :/...../.....
(Fournir copie du contrat)

A.A.H. Salaire Revenus de formation

Autres :

MONTALIER

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Nom / Prénom du candidat :

Parents : NOM/Prénom..... Age

Profession.....

NOM/Prénom..... Age

Profession.....

Frères et sœurs

Prénom..... Age..... Situation

Prénom..... Age..... Situation

Prénom..... Age..... Situation

Prénom..... Age..... Situation

Orientations M.D.P.H. **Copies des notifications à fournir impérativement**

AEEH : oui non demande en cours

AAH : oui non demande en cours

RQTH : oui non demande en cours

Précisez :

FAM : oui non demande en cours

SAMSAH, SAV oui non demande en cours

FO oui non demande en cours

Motivation et Souhait du candidat :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MONTALIER

EVALUATION SOCIALE Eléments familiaux, Histoire, Parcours Institutionnel, scolaire, professionnel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Coordonnées du service social

Adresse

.....

Téléphone Fax.....

Mail :@.....

MONTALIER

FICHE MEDICALE COMPLEMENTAIRE

Nom / Prénom du candidat :

Poids :

Taille :

Contraception oui non

Si oui, laquelle : Pilule Nom :

Implant :/...../..... (Date de mise en place)

Stérilet :/...../..... (Date de mise en place)

EXAMENS ET DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DOSSIER DE CANDIDATURE

- Biologique (Glycémie, bilan lipidique, créatine, ionogramme, NFS)
- Complémentaire (ECG)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Ordonnance(s) en cours de validité
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

A FOURNIR LE JOUR DU SEJOUR D'EVALUATION

- Ordonnances en cours
- 3 jours de traitement psychotropes
- La totalité des autres traitements (ex : contraception, cardio,...)
- Injection retard (si traitement injectable pendant la durée du séjour)

ALLERGIES ET INTOLERANCE

Régimes Alimentaires ou Médicamenteuses connues :

.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

Nom – Fonction : Service :

Date :/...../.....

Signature :