Magalie et Denis CALIMIA, accueillants familiaux agréés
Agrément n° 2026/AF/69 · 0690 00 20 73

Fiche d'*accueil*

À compléter chez vous et à nous ramener lors du rendez-vous, ou à remplir ensemble sur place. Ces informations servent uniquement à bien accompagner la personne au quotidien.

> **Document confidentiel.** Il contient des données de santé. Il est conservé sur papier, dans un endroit fermé, et n'est jamais transmis par Internet.

1. La personne accueillie

Nom ..... Prénom(s) .....

Nom d'usage ..... Prénom ou surnom préféré .....

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme **On dit :** ☐ il ☐ elle

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Adresse actuelle .....

Téléphone ..... N° de sécurité sociale .....

Caisse et mutuelle .....

Accueil : ☐ permanent ☐ temporaire ☐ de jour **Date d'arrivée prévue :** __ / __ / _____

2. Personnes à contacter

Contact principal

Nom, prénom .....

Lien .....

Téléphone .....

E-mail .....

Second contact

Nom, prénom .....

Lien .....

Téléphone .....

E-mail .....

À prévenir en priorité en cas d'urgence : ☐ contact principal ☐ second contact

3. Mesure de protection

☐ Aucune ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Habilitation familiale ☐ Sauvegarde de justice

Tuteur ou curateur (nom ou organisme) .....

Téléphone ..... E-mail .....

4. Suivi médical

Médecin traitant ..... Tél. .....

Adresse du cabinet .....

Infirmier(ère) ou SSIAD ..... Tél. .....

Kiné ou autre soignant ..... Tél. .....

Pharmacie habituelle ..... Tél. .....

5. Allergies et régimes

Allergies : ☐ aucune connue ☐ alimentaires ☐ médicamenteuses ☐ autres

Lesquelles .....

Régime : ☐ aucun ☐ sans sel ☐ diabétique ☐ sans porc ☐ végétarien ☐ sans gluten ☐ autre

Texture : ☐ normale ☐ hachée ☐ mixée ☐ eau gélifiée **Aide au repas :** ☐ non ☐ un peu ☐ complète

Précisions .....

6. Appareillages et aides techniques

☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Lit médicalisé

☐ Lève-personne

☐ Appareil auditif ☐ Lunettes ☐ Prothèse dentaire ☐ Protections ☐ Oxygène ☐ Autre

Précisions (fournisseur, entretien…) .....

7. Goûts

Plats aimés ..... Plats refusés .....

Musique, radio, télévision .....

Activités appréciées .....

Ce qui rassure, ce qui inquiète .....

8. Habitudes

Heure de lever ..... Heure de coucher ..... Sieste .....

Toilette : ☐ seul(e) ☐ avec un peu d'aide ☐ avec aide complète **Préférence :** ☐ douche ☐ matin ☐ soir

Déplacements : ☐ seul(e) ☐ avec aide ☐ en fauteuil **La nuit :** ☐ se lève ☐ dort sans interruption

Pratique religieuse ou culturelle .....

Autres habitudes importantes

.....

.....

9. Signatures

Les informations ci-dessus sont exactes à la date de signature. Elles pourront être mises à jour.

Fait à ..... le ___ / ___ / _____

La personne accueillie ou son représentant légal	**Les accueillants familiaux**
Nom, qualité et signature	Magalie CALIMIA · Denis CALIMIA