

LIVRET

APRÈS-PARENTS

Janvier 2026

À L'ATTENTION DES PARENTS *

Ce livret a pour but de vous aider à anticiper le moment où vous ne serez plus en mesure d'assurer la prise en charge de votre enfant, en raison de votre avancée en âge, ou après votre décès.

Comment ? En vous invitant à mettre par écrit les informations que vous souhaitez transmettre à celles et ceux qui s'occuperont de votre enfant quand vous ne pourrez plus le faire. C'est une façon de préparer l'avenir de votre enfant.

Vous trouverez dans ce livret une liste de sujets et de questions que nous vous soumettons pour alimenter votre réflexion. Vous êtes totalement libre d'y répondre ou pas. Ce ne sont que des suggestions. Vous remplissez ce que vous voulez.

Ce que vous allez écrire dans ce livret vous appartient. Ce texte n'a pas de valeur juridique. Ce sont vos paroles, vos souhaits.

Dans un premier temps, vous pouvez décider de garder ce livret pour vous si vous le souhaitez. Vous pouvez aussi décider – car c'est le but - de partager votre livret avec une ou plusieurs personne(s) de confiance : votre conjoint, un ou plusieurs de vos enfant(s), un ou plusieurs professionnel(s) (éducateur, notaire, mandataire judiciaire, etc.).

C'est une manière de leur transmettre la connaissance et l'expérience que vous avez de votre enfant.

Le dernier chapitre est consacré à la préparation de la fin de vie de votre fils/fille. Cette anticipation est d'autant plus utile que vous ne serez plus là. Nous vous proposons donc de mettre par écrit ses souhaits et un certain nombre d'informations qui seront très utiles pour les personnes qui seront amenées à l'accompagner (fratrie, professionnels, amis...).

Si vous le souhaitez, vous pouvez joindre des photos ou vidéos que vous aimeriez que votre enfant puisse conserver, un arbre généalogique ou tout autre document que vous voulez transmettre.

2 ANNEXES SONT JOINTES À CE LIVRET

Dans la première, vous pouvez indiquer de façon détaillée les données factuelles et confidentielles concernant le patrimoine de votre fils/fille. Elle sera de préférence remise à une personne qui s'occupera de son patrimoine après votre départ (notaire ou tuteur ou personne de confiance ou famille). A priori, elle n'a pas à être partagée avec les professionnels de la structure d'accueil de votre enfant, ceux-ci n'étant pas habilités à administrer son patrimoine.

Elle peut être utilisée afin de recueillir les éléments en vue de transmettre la mesure de protection juridique de votre enfant à un professionnel ou un membre de votre famille.

La deuxième annexe est destinée au recueil des éléments concernant sa santé ; sachant que ces éléments confidentiels n'ont pas vocation à se substituer à un dossier médical. Leur partage est soumis à l'accord de votre enfant ou de son tuteur le cas échéant.

Dans le cadre du Règlement Général de la Protection des Données (RGPD), toutes les personnes dont les coordonnées figurent dans ce livret, et donc qui verront celles-ci transmises à la personne de votre choix, devront être obligatoirement informées, et (hors famille proche et professionnels) donner leur consentement à cette transmission.

Même si le RGPD ne s'applique pas, en théorie, à la plupart des activités des particuliers (hors transmissions d'informations sur les réseaux sociaux ou l'installation de caméra par exemple), le caractère sensible des données et le fait qu'une fois le rédacteur décédé, elles échappent à son contrôle, justifient les précautions prises.

Vous trouverez un modèle de recueil de consentement en fin de document.

Ce recueil est composé de 2 parties :

- Une pour le fils ou la fille dont les données sont partagées.
- Une pour les autres personnes dont les données figurent dans ce document. A minima, à défaut du consentement, n'oubliez pas de les informer que leurs coordonnées ont été transmises. Cela leur permettra aussi de se préparer à être contactés.

Concernant la gestion du consentement de votre enfant majeur protégé, il convient de distinguer la nature de la mesure de protection juridique dont il bénéficie, notamment selon qu'elle implique ou non une représentation de la personne :

- Par exemple, en tutelle, la personne protégée peut consentir seule, sauf si le juge en décide autrement dans le jugement en indiquant expressément que le tuteur la représente pour les actes relatifs à sa personne. Le tuteur la représente alors, tout en recueillant son avis au préalable.
- Par exemple, en curatelle, la personne protégée conserve sa capacité à consentir seule. Le curateur ne l'assiste dans ses décisions que pour les actes les plus importants.

COMMENT PROTÉGER CES DONNÉES ?

Il est important de veiller à la protection de ces données au niveau technique. Pour les besoins de la mise à jour un support numérique est facilitant.

Ce support peut être :

- **soit une clé USB** : attention à ajouter une protection par mot de passe à l'ouverture afin que les informations ne soient pas exploitables en cas de perte du support.
- **soit un hébergement sur le web** : attention à souscrire à un support qui soit de préférence hébergé au sein de l'Union Européenne par une société de droit européen. Cela afin d'éviter les aléas de des décisions d'adéquation qui sont fluctuantes. Ce qui veut dire pas de stockage sur un compte Gmail gratuit.

Nous vous conseillons par exemple l'espace gratuit de La Poste, Docaposte (tiers de confiance au niveau numérique) qui propose un coffre-fort sécurisé permettant 5Go de stockage. Vous pourrez créer un compte au nom de votre enfant et transmettre les identifiants à la personne de votre choix le moment venu.

Vous pouvez également conserver les documents en format papier dans des enveloppes ou classeurs, et laisser vos instructions quant à leur ouverture.

Jean-François Quillien
Coordinateur du projet *Après-parents*
ADAPEI 29

* si les parents ne sont plus là, ce livret peut également être utilisé par la fratrie.



INFORMATIONS CONCERNANT LE PARENT

Ce livret a été complété par

NOM(S) – PRÉNOM(S)

LIEN(S)

- Il s'agit d'informations et de souhaits personnels de ma part**
- J'assure une mesure de protection avec représentation à la personne (tutelle, habilitation familiale...)**
- Je ne suis pas tuteur et son consentement (ou celui du tuteur le cas échéant) a été recueilli pour le partage de ses données à caractère personnel, avec les personnes mentionnées (modèles de formulaires en fin de document).**

DATE DE RÉDACTION DE CE LIVRET

MISES À JOUR LE

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE	5
Son identité	5
Personne référente pour l'administration	6
Son entourage familial et ses réseaux	7
Protection juridique	8
Lieu de vie	10
Santé vieillissement	11
2. VIE QUOTIDIENNE	11
Activités	12
Déplacements	14
Alimentation	15
Progrès et apprentissages	17
Hygiène - habillement	18
Activités ménagères	19
Perception du danger	20
Vie affective et relationnelle	22
Bienveillance et maltraitance	23
Loisirs, congés, vacances	24
Croyances et engagements	27
3. SITUATION FINANCIÈRE	28
Ses revenus	28
Ses frais et dépenses	29
Gestion financière	31
Succession	32
4. AUTRES SUGGESTIONS	33
Son histoire, votre histoire commune	33
Ses souhaits, son projet de vie	34
Vos connaissances, votre expérience de parent	35
Vos propres souhaits avant de partir ...	35
5. PRÉPARATION DE SA FIN DE VIE	36
Fin de vie	36
Personnes à avertir de son décès	37
Concernant sa succession	38
Autres souhaits / précisions	39
Mises à jour	39
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DONNÉES	40
REMERCIEMENTS	41
DOCUMENTS ANNEXES	
Données confidentielles concernant le patrimoine de votre enfant	
Données confidentielles concernant la santé de votre enfant	

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

SON IDENTITÉ

• NOM - PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

NATIONALITÉ

FRANÇAISE AUTRE(S) _____

SEXE

HOMME FEMME AUTRE

ÉTAT CIVIL

CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) PACSÉ(E)

DIVORCÉ(E) DE

VEUF (VE)

SES ENFANTS

• ADRESSE DE SON DOMICILE LÉGAL

(cela peut être son propre domicile, celle de ses parents, ou celle de l'établissement qui l'accueille)

CODE POSTAL

COMMUNE

• ADRESSE DE SA RÉSIDENCE (FOYER, ÉTABLISSEMENT, ...)

CODE POSTAL

COMMUNE

SON TÉLÉPHONE

SON MAIL

• MOYEN DE COMMUNICATION À PRIVILÉGIER

COURRIER TÉLÉPHONE MAIL

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

PERSONNE RÉFÉRENTE POUR L'ADMINISTRATION

• **NOM – PRÉNOM**

TÉLÉPHONE

MAIL

SON LIEN

PÈRE MÈRE FRATRIE

MANDATAIRE JUDICIAIRE

PERSONNE DE CONFIANCE

AUTRE _____

• **SI ACCOMPAGNÉ(E) EN ÉTABLISSEMENT OU PAR UN SERVICE**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
OU DU SERVICE

ADRESSE

VILLE

TYPES DE HANDICAP

EXISTE-T-IL UNE COPIE
DU DERNIER DOSSIER MDPH ?

DÉCISIONS DE LA MDPH
(RQTH, ORIENTATIONS, PCH, ...)
ET LEURS DATES

DEMANDES DE RENOUVELLEMENT

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

SON ENTOURAGE FAMILIAL ET SES RÉSEAUX

Indiquez pour chaque personne la manière de le contacter en cochant le cercle correspondant

• PÈRE

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

• MÈRE

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

• FRÈRE(S) / SŒUR(S)

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

• AUTRES LIENS

(Personne en qui elle a confiance, amis, voisins, collègues de travail,..)

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

NOM - PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

MAIL _____

• ANIMAUX DE COMPAGNIE

Quels sont ses souhaits vis-à-vis des animaux de compagnie ? _____

En a-t-il/elle déjà eus ? _____

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

PROTECTION JURIDIQUE

• **Votre enfant bénéficie-t-il/elle d'une mesure de protection ?**

OUI NON

Si oui, quelle est-elle ?

TUTELLE

CURATELLE

CURATELLE RENFORCÉE

HABILITATION FAMILIALE

SAUVEGARDE DE JUSTICE

• **Y a-t-il un mandat de protection future pour lui ?**

OUI NON

Si oui, chez quel notaire ou chez quel professionnel ?

• **A-il/elle conscience de son statut juridique ?**

OUI NON

Décision judiciaire par le juge de

Date

• **Nom du/des mandataire(s) judiciaire(s)**

Nom du mandataire judiciaire 1

BIENS

PERSONNE

Téléphone

Mail

Nom du mandataire judiciaire 2

BIENS

PERSONNE

Téléphone

Mail

Nom du mandataire judiciaire 3

BIENS

PERSONNE

Téléphone

Mail

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

PROTECTION JURIDIQUE (SUITE)

• Nom de la personne de confiance 1

Téléphone _____

Mail _____

Nom de la personne de confiance 2

Téléphone _____

Mail _____

• Les personnes qui pourraient exercer une vigilance bienveillante hors statut juridique sont

Nom _____

Téléphone _____

Mail _____

Nom _____

Téléphone _____

Mail _____

• En ce qui concerne ses biens

Nom _____

Téléphone _____

Mail _____

Nom _____

Téléphone _____

Mail _____

• En ce qui concerne ses droits personnels

Nom _____

Téléphone _____

Mail _____

Nom _____

Téléphone _____

Mail _____

• Sur ce volet « Protection juridique », indiquez, si vous le souhaitez, quelles sont vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir

• Il faudra tenir compte de la possibilité de

• Il faudra toujours veiller à

• Autre élément à garder en mémoire

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

LIEU DE VIE

- **Lieu de vie actuel** FAMILLE ÉTABLISSEMENT SEUL
 AUTRE _____

- **Lieu(x) de vie « temporaires »** RÉSIDENCE SECONDAIRE _____
 CHEZ DES PROCHES _____
 LIEUX DE VACANCES _____
 AUTRE _____

- **Quels sont à votre avis les envies, les rêves de votre fils/fille pour son lieu de vie ?**

- **A-t-il/elle des peurs sur son lieu de vie ?** OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, lesquelles ? _____

- **Et dans son lieu de vie actuel, à votre avis, qu'est-ce qu'il/elle aime et qu'est-ce qu'elle/il n'aime pas ?**

- **Ce lieu de vie actuel vous convient-il à vous, parent ?** OUI
 NON, PARCE QUE

- **Pour ce qui concerne son lieu de vie, indiquez si vous le souhaitez quelles sont vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir ?**

- **Quels sont vos envies, vos peurs, vos rêves à vous, parent, concernant son futur lieu de vie ?**

- **Selon vous, une famille d'accueil est-elle envisageable ?** OUI NON

Si oui, indiquez ses coordonnées si vous les connaissez _____

- **Il faudra tenir compte de la possibilité de** _____

- **Il faudra toujours veiller à** _____

- **Autre élément à garder en mémoire** _____

1. PRÉSENTATION DE MON FILS OU DE MA FILLE

SANTÉ VIEILLISSEMENT

• **NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE** _____

• **CAISSE D'ASSURANCE MALADIE** CPAM MSA

• **MUTUELLE** _____

• **N° ADHÉRENT** _____

Les autres données concernant la santé se trouvent dans l'annexe traitant des données confidentielles

2. VIE QUOTIDIENNE

• **Un projet individuel a-t-il été mis en place dans son lieu de vie actuel hors travail (que ce soit au domicile ou en établissement) ?** OUI NON

Si oui, quand a-t-il été réévalué la dernière fois ? _____

• **Un projet individuel a-t-il été mis en place dans son lieu d'activités de jour ou de travail (si il/elle travaille) ?** OUI NON

Si oui, quand a-t-il été réévalué la dernière fois ? _____

• **Si il fait l'objet d'une mesure de protection, existe-t-il un document individuel de protection des majeurs (DIPM) ?** OUI NON

Si oui, quand a-t-il été réévalué la dernière fois ? _____

2. VIE QUOTIDIENNE

ACTIVITÉS

- Expliquez en quelques mots ses activités quotidiennes actuelles et précisez les contacts si vous les connaissez

PROFESSIONNELLES

SOCIALES

SPORTIVES

CULTURELLES

AUTRES

- Ce qu'il/elle aime le plus dans ses activités actuelles ?

- Les raisons pour lesquelles il/elle pourrait ne plus aimer

- Ce qu'il/elle n'aime pas dans ses activités quotidiennes

- Ce qu'il aimerait faire (dans telle circonstance parce que ...)

2. VIE QUOTIDIENNE

ACTIVITÉS (SUITE)

• «Petites choses du quotidien» : y a-t-il des petits détails du quotidien qui sont essentiels pour votre enfant et qui peuvent affecter son humeur et son bien-être (des attentions, des manières de faire/de dire quelque chose, des rituels...), des choses que vous faites de manière automatique, sans plus trop vous en rendre compte, mais dont une personne extérieure ne se douterait pas forcément ?

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

• **Qui décide des activités de votre fils/fille ?**

LUI/ELLE PRINCIPALEMENT

LUI/ELLE AVEC L'AIDE/LA SUPERVISION DE

VOUS PRINCIPALEMENT

UN PROFESSIONNEL (ÉDUCATEUR...)

AUTRE _____

• **Est-il/elle associé aux décisions concernant ses activités ?**

OUI DE LA MANIÈRE SUIVANTE

NON

• **Que voudriez-vous, vous parent, voir mis en place dans le futur pour une meilleure collaboration avec les services professionnels ?**

• **Quels aide et soutien extérieur envisagés (et son objectif concret) pour le choix d'activités ?**

• **Quels sont les obstacles ou les contraintes aux activités ?**

2. VIE QUOTIDIENNE

DÉPLACEMENTS

• **A-t-il/elle la capacité de se déplacer facilement dans son lieu de vie (là où il/elle vit) ?**

OUI

NON

• **A-t-il/elle la capacité de se déplacer facilement d'un lieu à l'autre de ses activités (travail, loisirs, ...) ?**

OUI

NON

• **Aime-t-il/elle ces changements de lieux ?**

OUI

NON

• **Ce qu'il/elle aime le plus dans les déplacements, les changements de lieu ?**

• **La circonstance ou l'élément spécifique qui rendra le déplacement plus agréable**

• **Ce qu'il/elle n'aime pas dans les déplacements, les changements de lieu**

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

• **Le/la sentez-vous à l'aise ou pensez-vous qu'il/elle devrait être aidé(e), soutenu(e) pour améliorer ses déplacements ?**

• **Que souhaitez-vous qui soit amélioré à cet égard ?**

• **Est-ce également son point de vue ?** OUI

NON

NE SAIT PAS

2. VIE QUOTIDIENNE

ALIMENTATION

• Comment se passent les repas ?

• Fait-il/elle les achats alimentaires

SEUL ?

ACCOMPAGNÉ.E ?

• De quelle aide a-t-il/elle besoin pour faire ses courses ?

• Prend il/elle plaisir à préparer ses repas ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

• Prend il/elle plaisir à manger ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

• Vous de votre côté, comment voyez-vous cet aspect : est-ce important pour vous ?

• Pour lui/elle à votre avis ?

• Quelles sont les circonstances ou les lieux où il/elle préfère manger ?

• Quels sont ses aliments préférés ?

• Y a-t-il des endroits où il/elle n'aime pas manger ?

• Quels sont ses aliments détestés ?

• A-t-il/elle des allergies ou des intolérances à certains aliments ?

• A-t-il/elle des difficultés physiques ou psychologiques liées à la prise des repas ?

OUI ; LESQUELLES ?

NON

2. VIE QUOTIDIENNE

ALIMENTATION (SUITE)

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

• **Le/La sentez-vous à l'aise ou pensez-vous qu'il/elle devrait être aidé(e), soutenu(e) pour améliorer cet aspect ?**

• **Que souhaitez-vous qui soit amélioré dans le futur à cet égard ?**

• **Est-ce également son point de vue ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **Aide et soutien extérieur envisagé (et son objectif concret)**

• **Indiquez si vous le souhaitez quelles sont vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir quant à son alimentation**

• **Il faudra tenir compte de la possibilité de**

• **Il faudra toujours veiller à**

• **Autre élément à garder en mémoire**

2. VIE QUOTIDIENNE

PROGRÈS ET APPRENTISSAGES

- Aime-t-il réaliser des progrès au quotidien ?

- Est-ce un élément de sa vie qui lui est agréable et profitable ? Qui lui est facile ?

- Quelles difficultés rencontre-t-il/elle ?

- A-t-il/elle des activités de formation continue ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

- Pour maintenir des acquis scolaires ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

- Pour maintenir d'autres acquis ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

- Et vous, de votre côté, est-ce important pour vous qu'il/elle apprenne de nouvelles choses ?

- Dans quelles circonstances, dans quel domaine aime-t-il/elle apprendre de nouvelles choses ?

- L'inconnu, la nouveauté lui font-ils peur ?

- Indiquez si vous le souhaitez quelles sont vos remarques ou vos souhaits pour qu'il/elle progresse à l'avenir

- Il faudra tenir compte de la possibilité de

- Il faudra toujours veiller à

- Autre élément à garder en mémoire

2. VIE QUOTIDIENNE

HYGIÈNE – HABILLEMENT

- Comment se passent les gestes d'hygiène et l'habillage/déshabillage ?

- Est-ce un élément de sa vie qui lui est agréable ?

- Qu'est-ce qui, pour vous, est important dans cet aspect ?

- Pour lui/elle à votre avis ?

- Ses choix de vêtements sont-ils adéquats en fonction de la météo, de l'activité ?

 OUI NON NE SAIT PAS

- Comment préfère-t-il/elle être habillé(e) ?

- Aime-t-il/elle s'habiller/être habillé(e) ?

- Aime-t-il/elle choisir ses habits le matin ?

- Aime-t-il/elle se laver/être lavé(e) ?

- Aime-t-il/elle aller dans les magasins /sur internet choisir ses vêtements ?

- Y a-t-il des éléments de son hygiène, de son habillement qui lui posent problème ?

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

- Son apparence (coiffure, habillement, maintien du corps, position ...) pourrait être améliorée en faisant

- Qui choisit ses vêtements ?

- Le/La sentez-vous à l'aise ou pensez-vous qu'il/elle devrait être aidé(e), soutenu(e) pour améliorer cet aspect ?

2. VIE QUOTIDIENNE

HYGIÈNE – HABILLEMENT (SUITE)

- Que souhaitez-vous qui soit amélioré à cet égard ?

- Est-ce également son point de vue ?

- Indiquez si vous le souhaitez quels sont vos souhaits pour l'avenir concernant son habillement

- Il faudra tenir compte de la possibilité de

- Il faudra toujours veiller à

- Autre élément à garder en mémoire

ACTIVITÉS MÉNAGÈRES

- Comment se passe l'entretien de son logement ?

- Est-ce un élément de sa vie qui lui est agréable ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

- Le fait il/elle personnellement, y participe-t-il/elle activement ou y assiste-t-il/elle ?

- Aime-t-il/elle entretenir son logement ?

- Aime-t-il/elle que son logement soit entretenu ?

- Quelle est son activité préférée à cet égard ?

- Y a-t'il des activités de nettoyage, d'entretien qu'il/elle n'aime pas et laisse systématiquement de côté ?

- Indiquez si vous le souhaitez quels sont vos souhaits pour l'avenir concernant l'entretien

2. VIE QUOTIDIENNE

ACTIVITÉS MÉNAGÈRES (SUITE)

• Il faudra tenir compte de la possibilité de _____

• Il faudra toujours veiller à _____

• Autre élément à garder en mémoire _____

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

• Le/La sentez-vous à l'aise ou pensez-vous qu'il/elle devrait être aidé(e), soutenu(e) pour améliorer cet aspect ?

• Que souhaitez-vous qui soit amélioré à cet égard ?

• Est-ce également son point de vue ? _____

• Indiquez quels sont vos souhaits pour l'avenir concernant le ménage

• Il faudra tenir compte de la possibilité de _____

• Il faudra toujours veiller à _____

• Autre élément à garder en mémoire _____

PERCEPTION DU DANGER

• Prend-il/elle des risques ? OUI NON NE SAIT PAS

• Se rend-il/elle compte des risques qu'il/elle prend ? OUI NON NE SAIT PAS

• Se protège-t-il/elle ? OUI NON NE SAIT PAS

2. VIE QUOTIDIENNE

PERCEPTION DU DANGER (SUITE)

• **Voit-il/elle en tout événement un risque ?**

OUI

NON

NE SAIT PAS

• **Quelles difficultés cela lui cause-t-il/elle ?**

• **Et vous de votre côté, est-ce important pour vous qu'il/elle s'aventure ou au contraire qu'il/elle évite tout risque ?**

• **Pour lui/elle à votre avis ?**

• **Quels sont les dangers auxquels il/elle est régulièrement confronté ?** (Atteinte à son intégrité physique, risque médical dû à son état de santé, risque dû à son entourage éventuel : risque de se faire influencer, de se faire arnaquer, de se faire agresser)

• **Prend-il/elle facilement conscience du danger ?**

OUI

NON

NE SAIT PAS

• **Prend-il/elle peur face aux risques au point de se renfermer face aux risques ?**

OUI

NON

NE SAIT PAS

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

• **A quel aspect pensez-vous qu'il faut être attentif pour améliorer sa sécurité ?**

• **Est-ce également son point de vue ?**

• **Indiquez vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir concernant la gestion des dangers :**

• **Il faudra tenir compte de la possibilité de**

• **Il faudra toujours veiller à**

• **Autre élément à garder en mémoire**

2. VIE QUOTIDIENNE

VIE AFFECTIVE ET RELATIONNELLE

• **Est-il/elle, selon vous, content de ses relations sociales ?** OUI NON NE SE PRONONCE PAS

• **Est-il/elle à l'aise dans les relations avec les autres (garder les distances, identification de ses sentiments, manifestations appropriées de ses sentiments...)?** OUI NON NE SE PRONONCE PAS

• **Quel est le lieu où il/elle a des relations sociales, où il/elle rencontre d'autres personnes ?**

• **A votre connaissance, votre enfant exprime-t-il/elle le besoin d'être accompagné/conseillé pour entretenir son apparence vis-à-vis des autres** OUI NON NE SE PRONONCE PAS

• **Son entourage y veille-t-il également ?** OUI NON

• **Que souhaiteriez-vous lui dire à ce sujet ?**

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

• **A-t-il/elle des difficultés particulières dans ses relations ?** OUI NON

• **Peut-il/elle parler de ses difficultés avec quelqu'un ?** OUI NON

• **Le/La sentez-vous à l'aise ou pensez-vous qu'il/elle devrait être aidé(e), soutenu(e) pour améliorer cet aspect ?** OUI NON

• **Que souhaitez-vous qui soit amélioré à cet égard ?**

• **Est-ce également son point de vue ?**

• **Indiquez vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir**

2. VIE QUOTIDIENNE

VIE AFFECTIVE ET RELATIONNELLE (SUITE)

- Il faudra tenir compte de la possibilité de _____
- Il faudra toujours veiller à _____
- Autre élément à garder en mémoire _____

BIENVEILLANCE ET MALTRAITANCE

- Avez-vous peur qu'il/elle soit maltraité(e) ? OUI NON
- Avez-vous peur qu'il/elle soit abusé(e) ? OUI NON
- Ces peurs peuvent-elles vous rendre surprotecteur à son égard ? OUI NON
- Comment augmenter la bienveillance à son égard ?

- Qu'est-ce que vous trouvez bienveillant à son égard ?

Se sent-il/elle bien traité(e) ? OUI NON

Dans un environnement bienveillant à son égard ? OUI NON

Comment réagit il/elle face à des abus ? Des malveillances ?

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

- A quel aspect pensez-vous qu'il faut être attentif pour qu'il/elle soit bien traité(e) ?

- ... pour améliorer sa réactivité à des abus, des malveillances ?

- ... pour détecter des abus, des malveillances ?

2. VIE QUOTIDIENNE

BIENVEILLANCE ET MALTRAITANCE (SUITE)

- Indiquez vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir concernant la gestion des dangers

- Il faudra tenir compte de la possibilité de

- Il faudra toujours veiller à

- Autre élément à garder en mémoire

LOISIRS, CONGÉS, VACANCES

- Comment se passent les moments de congés, vacances ? (lieu, fréquence, bien-être)

- Est-ce un moment de l'année qui lui est agréable ? Qui lui est facile ?

- Y a-t-il des activités ou des lieux de loisirs ou de vacances qu'il n'aime pas ?

- Pour lui/elle à votre avis ? Ses vacances préférées étaient

- Il/elle a essayé

- Habituellement les week-ends, il/elle fait

- Il/elle est

2. VIE QUOTIDIENNE

LOISIRS, CONGÉS, VACANCES (SUITE)

- **Quels sont ses loisirs à domicile ? (ex : visites de proches, télévision, ordinateur ...)**

- **Quels sont ses loisirs hors du domicile ?**

ATELIERS CULINAIRES

SPORTS : vélo et ses dérivés, piscine, gym, psychomotricité, danse, bowling, équitation, athlétisme, football, pêche, tennis, ping-pong, randonnée, ...

ACTIVITÉS ARTISTIQUES : peinture, grimage, musique, théâtre, sculpture, danse, cirque, ...

ACTIVITÉS CULTURELLES : musées, visites culturelles, cinéma...

ACTIVITÉS DE BIEN-ÊTRE : relaxation, yoga, ...

CONTES

MUSIQUE : pratique d'un instrument, écoute de cd, concerts, ...

INFORMATIQUE, ...

AUTRE

- **Loisirs individuels :**

il/elle a aimé _____

Il a essayé _____

- **Loisirs spécialisés (c'est-à-dire réservés et spécialement organisés pour tel type de handicap) :**

il/elle a aimé _____

Il a essayé _____

- **Loisirs intégrés (c'est-à-dire où des personnes valides et des personnes porteuses de handicap sont réunies pour un même loisir) :**

il/elle a aimé _____

Il a essayé _____

2. VIE QUOTIDIENNE

LOISIRS, CONGÉS, VACANCES (SUITE)

- Quelle est l'activité de loisir qu'il/elle a le plus de plaisir à faire ?

- Son rêve serait de faire _____

- Pour les loisirs, vacances ... il/elle a plus de difficultés si _____

PAR RAPPORT À SON AUTONOMIE :

- Quelles difficultés rencontre-t-il/elle ? _____

- Que souhaitez-vous qui soit amélioré à cet égard ? _____

- Est-ce également son point de vue ? _____

- Indiquez si vous le souhaitez quels sont vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir concernant ses loisirs

- Il faudra tenir compte de la possibilité de _____

- Il faudra toujours veiller à _____

- Autre élément à garder en mémoire _____

2. VIE QUOTIDIENNE

CROYANCES ET ENGAGEMENTS

N'écrivez que ce que votre fils/fille affiche publiquement.

• **Y a-t-il des sujets, des questionnements qui l'intéressent/préoccupent particulièrement ?**

• **A-t-il/elle des sensibilités sociétales ou politiques ?**

• **A-t-il/elle une pratique religieuse ? Si oui, sous quelles formes ?**

OUI

NON

NE SAIT PAS

• **A-t-il/elle des engagements citoyens, si oui lesquels ?**

• **A-t-il/elle des engagements associatifs, si oui lesquels ?**

• **A-t-il/elle des engagements politiques, si oui lesquels ?**

• **Exerce-t-elle habituellement son droit de vote ?**

EN AUTONOMIE

AVEC DE L'AIDE LAQUELLE ? _____

3. SITUATION FINANCIÈRE

(Pour des raisons de confidentialité, les chiffres figurent seulement dans l'annexe Patrimoine)

SES REVENUS

- **Connaissez-vous les revenus de votre fils/fille ?** OUI NON
- **Les connaît-il/elle ?** OUI NON
- **Pourrait-il/elle disposer d'autres revenus** OUI NON NE SAIT PAS
- **Sources des revenus et des rentrées financières**
 - Salaire et autres revenus du travail OUI NON
 - Pension - retraite OUI NON
 - Allocations (RSA, Chômage, invalidité, maladie) OUI NON
 - AAH OUI NON
 - Prime d'activité OUI NON
 - PCH OUI NON
 - Loyers/ Intérêts / Revenus du capital OUI NON

Autres _____

- **Pour l'avenir à long terme, des montants lui reviendront probablement** OUI NON

au décès de _____

Testament déposé chez notaire MAITRE _____

ou _____

En date du JOUR MOIS ANNÉE

- **Autre élément à garder en mémoire** _____

3. SITUATION FINANCIÈRE

SES FRAIS ET DÉPENSES

• **Pouvez-vous estimer les frais et dépenses mensuels de votre fils / fille ?**

OUI

NON

• **Les connaît-il/elle ?**

OUI

NON

• **Vont-ils évoluer de façon importante prochainement ?**

OUI À CAUSE DE _____

NON

• **Frais généraux**

Logement - Alimentation - Dépenses ménagères OUI NON

(ces frais seront, en cas de logement dans une structure de vie, globalisés dans les frais d'hébergement)

Loyer et charges – frais d'hébergement OUI NON

Remboursement d'emprunt immobilier OUI NON

Électricité-Gaz OUI NON

Eau OUI NON

Téléphone fixe/ Téléphone portable / Internet / OUI NON

Alimentation OUI NON

Assurance habitation OUI NON

Entretien du logement- Ménage OUI NON

Vêtements-chaussures OUI NON

Coiffeur – manucure/pédicure OUI NON

Nettoyage du linge OUI NON

Frais médicaux OUI NON

Médecins - paramédicaux OUI NON

Médicaments OUI NON

Mutuelle – assurance hospitalisation OUI NON

Loisirs et culture/argent de poche OUI NON

Sorties/loisirs OUI NON

Vacances OUI NON

Cigarettes OUI NON

Livres / DVD / Musique... OUI NON

Cotisations, abonnements OUI NON

Autres : _____

3. SITUATION FINANCIÈRE

SES FRAIS ET DÉPENSES (SUITE)

• **Frais financiers**

Frais bancaires OUI NON

Épargne OUI NON

Remboursements de crédits
(consommation, prêts personnels...) OUI NON

Assurance responsabilité civile (RC) OUI NON

Autres assurances OUI NON

Ameublement et équipement OUI NON

Ameublement et équipement électroménager OUI NON

Activités de jour OUI NON

Centre de jour /activités de jour OUI NON

Service d'accompagnement/ accompagnateur OUI NON

Enfants – personne à charge OUI NON

Frais de garde OUI NON

Assurances OUI NON

Autres frais _____

Transports - Déplacements OUI NON

Voiture (essence, entretien ...) OUI NON

Transports publics OUI NON

Taxis – Transports adaptés OUI NON

Autres _____

Impôts OUI NON

Impôt sur les revenus OUI NON

Autres impôts _____

• **Autres** _____

• **Pour l'avenir à long terme, les frais et dépenses vont probablement évoluer**

• **Possibilité d'augmentation** _____

• **Possibilité de diminution** _____

• **Autre élément à garder en mémoire** _____

3. SITUATION FINANCIÈRE

GESTION FINANCIÈRE

• **Le budget mensuel de votre fille/fils est géré par**

LUI OU ELLE PRINCIPALEMENT

VOUS PRINCIPALEMENT

LUI OU ELLE AVEC L'AIDE
OU LA VÉRIFICATION DE

UN PROFESSIONNEL
(MANDATAIRE JUDICIAIRE)

M./MME

AUTRE

• **Est-il/elle informé.e des montants et des affectations des sommes ?**

OUI DE LA MANIÈRE SUIVANTE

NON

• **Est-il/elle associé.e aux décisions concernant les affectations de ces sommes ?**

OUI DE LA MANIÈRE SUIVANTE

NON

• **Son argent de poche est de**

EUROS

PAR MOIS

PAR SEMAINE

• **Son argent de poche est géré par**

LUI OU ELLE PRINCIPALEMENT

VOUS PRINCIPALEMENT

LUI OU ELLE AVEC L'AIDE
OU LA VÉRIFICATION DE

UN PROFESSIONNEL
(MANDATAIRE JUDICIAIRE)

M./MME

AUTRE

• **Est-il/elle associé.e aux décisions concernant les affectations de ces sommes ?**

OUI DE LA MANIÈRE SUIVANTE

NON

3. SITUATION FINANCIÈRE

SUCCESSION

- Avez-vous déjà réfléchi à votre succession et mis en place ce qui vous semble le mieux ?

OUI AVEC LE NOTAIRE MAITRE _____

OU AVEC M./MME _____

Précisions éventuelles : testament en faveur de _____

NON, PAS ENCORE

- Une assurance vie/décès a été souscrite au bénéfice de l'enfant OUI NON NE SAIT PAS

• Et payable au décès de _____

• Compagnie d'assurance _____

• Banque _____

• Personne de contact _____

• Autre contrat _____

• avec _____

• Plan Epargne Retraite _____

• Pour l'avenir _____

• Autre élément à garder en mémoire _____

4 . AUTRES SUGGESTIONS

SON HISTOIRE, VOTRE HISTOIRE COMMUNE

- Certains parents ressentent le besoin de raconter tel ou tel épisode de la vie de leur enfant, ou plus largement de l'histoire familiale. On ne peut que vous y encourager si vous en ressentez le besoin.

- Certains éprouvent même le besoin de réaliser un catalogue de photos qui illustrent des étapes marquantes de la vie de leur enfant, y compris en y mettant des photos de la famille.

- Vous pouvez également partager des informations sur ce qui permettrait d'entretenir le souvenir des parents (des objets/lieux particuliers, des histoires, des petits rituels, musiques, etc.)

4. AUTRES SUGGESTIONS

SES SOUHAITS, SON PROJET DE VIE

Bien que ce livret soit l'expression du proche aidant, il nous paraît important que votre enfant en situation de handicap puisse également s'exprimer sur ses désirs, ses souhaits, son projet de vie. Il/elle peut le faire séparément sur un autre support.

Vous pouvez l'y encourager en lui expliquant comment il peut s'y prendre. Vous pouvez aussi faire appel à un tiers (fratrie, professionnel, ami...) pour l'aider à s'exprimer.

Nous vous rappelons que chaque personne en situation de handicap est invitée à exprimer son projet de vie dans le dossier MDPH.

Questions préalables aux parents :

- **A quoi faut-il être attentif pour que votre fils/fille comprenne ce qu'on lui dit ?**

- **Dans quelles circonstances et de quelle manière comprend-il/elle le mieux ?**

- **A quoi faut-il être attentif pour que votre fils/fille puisse exprimer son avis de manière à ce qu'il/elle soit compris(e) ? Dans quelles circonstances et de quelle manière s'exprime-t-il/elle le mieux ?**

4. AUTRES SUGGESTIONS

VOS CONNAISSANCES, VOTRE EXPÉRIENCE DE PARENT

Vous pouvez avoir envie de vous exprimer sur les goûts, les passions de votre enfant, d'exprimer les choses qui, selon vous, le rendent heureux et participent à son bien-être, à son épanouissement.

Vous pouvez aussi évoquer les rêves de votre enfant, mêmes les rêves les plus fous (peu importe que ces rêves soient réalisables ou non, cela permet au minimum d'en savoir plus sur sa personnalité).

Vous pouvez aussi dire ce qu'il ne souhaite pas, ce qu'il craint, ce dont il faudrait le préserver...

VOS PROPRES SOUHAITS AVANT DE PARTIR ...

Certains parents souhaitent expliquer dans quelles conditions ils se verraient «partir tranquille», en sachant que les souhaits et la personnalité de son enfant seront respectés (autrement dit : décrire la situation idéale selon vous)

5. PRÉPARATION DE SA FIN DE VIE

Les personnes en situation de handicap vivant en moyenne de plus en plus longtemps, il peut arriver que votre enfant décède après vous. Dans cette hypothèse, il peut être utile que vous communiquiez un certain nombre d'informations aux personnes (proches, professionnels) qui seront amenés à accompagner votre fils/fille lorsqu'il/elle décédera. Dans ce livret, vous exprimez ce que vous connaissez des souhaits de votre fils/fille au moment où vous l'écrivez. Cela n'a pas de valeur juridique. La volonté de votre fils/fille sera toujours prépondérante si il/elle est en mesure de l'exprimer.

FIN DE VIE

• Il/elle désire que l'on fasse tout ce qui est possible pour combattre la douleur et la souffrance.

• Il/elle a signé des directives anticipées

OUI NON NE SAIT PAS

• Elles sont conservées

CHEZ LE MÉDECIN DE FAMILLE
LE DOCTEUR

PAR SA PERSONNE DE CONFIANCE

PAR MOI-MÊME
DANS ...

• Il/elle souhaite lors de la fin de sa vie, demander, dans la mesure du possible, la présence des personnes suivantes :

FAMILLE :

AMIS :

RÉFÉRENT RELIGIEUX / CONSEILLER LAÏC :

AUTRE(S) :

• Autres souhaits concernant sa fin de vie :

• Le jour de son décès, informations à transmettre

5. PRÉPARATION DE SA FIN DE VIE

PERSONNES À AVERTIR DE SON DÉCÈS

• Personne 1

Nom _____

Prénom(s) _____

Lien _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

• Personne 2

Nom _____

Prénom _____

Lien _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

• **Souhaits concernant ses funérailles** _____

• Il/elle souhaite

que ses funérailles soient organisées par la société de pompes funèbres

que soit publié un avis nécrologique dans le journal / sur le site

un service religieux (précisez le culte / laïque/ neutre)

souhaits (de lieu, de texte, chant...) pour la cérémonie

être incinéré et que ses cendres soient dispersées à

être enterré dans le cimetière de

il/elle a un caveau au cimetière de

autre

5. PRÉPARATION DE SA FIN DE VIE

PERSONNES À AVERTIR DE SON DÉCÈS (SUITE)

• Convention obsèques

IL/ELLE N'A PAS CONCLU DE CONTRAT

IL/ELLE A CONCLU UNE CONVENTION OBSÈQUES

SOCIÉTÉ _____

TÉLÉPHONE _____

N° DU CONTRAT _____

• Assurance frais funéraires

IL/ELLE N'A PAS D'ASSURANCE

IL/ELLE A UNE ASSURANCE FRAIS FUNÉRAIRES

SOCIÉTÉ _____

TÉLÉPHONE _____

N° DU CONTRAT _____

• Dons d'organes

Il/elle n'a pas fait de déclaration particulière au sujet du don d'organes (son accord sur un futur don d'organes est alors présumé)

Il/elle s'oppose au don de ses organes et il/elle est inscrit(e) au registre national des refus de dons d'organes

• Don du corps

Il/elle a fait un consentement écrit pour donner son corps à des fins d'enseignement médical et de recherche, qu'il a remis au centre du don suivant

Il/elle ne souhaite pas faire don de son corps

CONCERNANT SA SUCCESSION

• Il/elle a déposé des informations concernant sa succession (ex : testament)

CHEZ LE NOTAIRE _____

CHEZ _____

Son patrimoine

• Ces informations seront utiles

EN CAS DE DÉCÈS

EN CAS DE PERTE DE CAPACITÉ DE SA PART

et seront transmises au mandataire ou la personne qui prendra le relais.

• Ces informations seront utilement déposées chez une personne de confiance ou en un lieu sécurisé.

• Ces informations (éventuellement avec d'autres) ont été réunies et déposées dans un document qui se trouve chez _____

à _____

5. PRÉPARATION DE SA FIN DE VIE

AUTRES SOUHAITS/PRÉCISIONS

MISES À JOUR

• Ce document concerne

• Il a été complété avec son proche aidant

• En collaboration avec la personne concernée le

JOUR MOIS ANNÉE

Il est important de le mettre à jour !

• Il a été actualisé le

JOUR MOIS ANNÉE

JOUR MOIS ANNÉE

JOUR MOIS ANNÉE

JOUR MOIS ANNÉE

JOUR MOIS ANNÉE

FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DONNÉES

• **Pour le fils ou la fille**

Je soussigné(e) _____ **enfant de** _____

Ou _____ **tuteur de** _____

- Autorise _____ à collecter et à traiter mes données ou celles de mon protégé y compris les données de santé pour la réalisation du livret « Après-Parents »
- Autorise le partage de ces données de santé pertinentes me concernant ou concernant mon protégé avec la personne qui sera chargée de veiller à la mise en œuvre des préconisations contenues dans ce livret.

Fait en deux exemplaires originaux à _____ **, le** _____

Signature

• **Pour les personnes mentionnées dans ce livret à titre privé et non professionnel**

Je soussigné(e) _____

- Ai été averti que des données à caractère personnel me concernant, soit mes coordonnées d'identité, d'adresse postale et mail, ainsi que mes liens avec la personne sujet ont été mentionnées dans le livret.
- Autorise la transmission de mes données pertinentes pour la mise en œuvre de l'accompagnement « Après-parents »

Fait en deux exemplaires originaux à _____ **, le** _____

Signature

REMERCIEMENTS

L'Adapei 29 remercie tout particulièrement les organismes partenaires qui ont accepté de participer à ce projet innovant ainsi que leurs salariés qui ont accueilli les parents :

• **Les membres du COTECH :**

Claire PROUST, ATP
Sydné HUMBERT, AS Domicile
Gladys LE BOT, CDAS Douarnenez-Cap Sizun
Hélène PASQUET, CLIC Brest
Soazig TROUCHARD, CLIC de Châteaulin
Aurélie COJEAN, CLIC Concarneau
Elodie QUILLÉVÉRÉ, CLIC de Morlaix
Claire MARÉCAUX, ITES
Nathalie MAZEAU, MDPH
Ronan KERMARREC, UDAF 29

• **Les référent.e.s Après-parents :**

Marine BROUDIN, AS Domicile
Audrey JAOUEN et Martine ANDRÉ, ATP (Association Tutélaire du Ponant)
Christelle CATHELOT et Sylvie ROLLAND, CDAS Douarnenez-Cap Sizun
Guylaine COULOIGNER et Virginie GUIRRIEC, CLIC de Brest métropole
Vivien LE ROUX et Soazig TROUCHARD, CLIC de Châteaulin
Charlotte TALBOT et Aurélie COJEAN, CLIC de Cornouaille Concarneau Agglomération
Stéphanie MOREL et Emilie BRÉLIVET, CLIC de Morlaix
Laurianne LE GALL, MDPH
Isabelle ROGUES et Romuald GERVEZ, UDAF du Finistère

• **L'Adapei 29 remercie également :**

Hélène DELESCAILLE, directrice du service belge Madras, qui nous a beaucoup inspiré ;
Françoise LE BORGNE-UGUEN, Suzy BOSSARD et Muriel REBOURG, enseignantes-chercheuses à l'UBO qui nous ont accompagné tout au long de ce projet expérimental ;
Ainsi que les étudiantes de l'UBO : Shama NZUZI, Salwa ADDALIL, Romane ALAIN et Emeline ROBERT ;
Manon COULANGE et Myriam DJOUBRI de l'ANSA (Agence Nationale des Solidarités Actives) qui ont défini les conditions d'essai de notre projet.

• **Ainsi que :**



L'Unapei tête de réseau, et en particulier David PÉRIÉ FERNANDEZ, qui a apporté son soutien et sa contribution à la réalisation de ce livret

• **Ce projet a été financé par :**



LIVRET

APRÈS-PARENTS

ANNEXE PATRIMOINE

**DONNÉES CONFIDENTIELLES
CONCERNANT VOTRE FILS/FILLE**

FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DONNÉES

• **Pour le fils ou la fille**

Je soussigné(e) _____ **enfant de** _____

Ou _____ **tuteur de** _____

- Autorise _____ à collecter et à traiter mes données ou celles de mon protégé y compris les données de santé pour la réalisation du livret « Après-Parents »
- Autorise le partage de ces données de santé pertinentes me concernant ou concernant mon protégé avec la personne qui sera chargée de veiller à la mise en œuvre des préconisations contenues dans ce livret.

Fait en deux exemplaires originaux à _____ **, le** _____

Signature

• **Pour les personnes mentionnées dans ce livret à titre privé et non professionnel**

Je soussigné(e) _____

- Ai été averti que des données à caractère personnel me concernant, soit mes coordonnées d'identité, d'adresse postale et mail, ainsi que mes liens avec la personne sujet ont été mentionnées dans le livret.
- Autorise la transmission de mes données pertinentes pour la mise en œuvre de l'accompagnement « Après-parents »

Fait en deux exemplaires originaux à _____ **, le** _____

Signature

SON IDENTITÉ

• **NOM – PRÉNOM**

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

• **ADRESSE**

NUMÉRO, VOIE, COMPLÉMENT

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

MAIL

• **COMPLÉTÉ PAR / AVEC SON AIDANT PROCHE**

DATE DE RÉDACTION DE CE LIVRET

JOUR MOIS ANNÉE

MISES À JOUR LE

JOUR MOIS ANNÉE

JOUR MOIS ANNÉE

CONTACTS PROFESSIONNELS RELATIFS À SON PATRIMOINE

• **AVOCAT**

TÉLÉPHONE

• **NOTAIRE**

TÉLÉPHONE

• **COMPTABLE/CONSEILLER FISCAL**

TÉLÉPHONE

• **BANQUIER**

TÉLÉPHONE

• **MANDATAIRE JUDICIAIRE**

TÉLÉPHONE

• **AUTRE(S)**

SES RENTRÉES FINANCIÈRES ACTUELLES

• **RÉFÉRENCE/N° INSCRIPTION**

• **SALAIRE**

• **PENSION**

• **ALLOCATIONS/PRESTATIONS**

• **RENTE D'ASSURANCE**

• **RENTE VIAGÈRE**

• **REVENUS LOCATIFS**

• **REVENUS MOBILIERS**

• **AUTRES**

INTERNET ET MOYENS DE COMMUNICATION – MOTS DE PASSE

- **ADRESSE MAIL**

MOT DE PASSE

- **2° ADRESSE MAIL**

MOT DE PASSE

RÉSEAUX SOCIAUX

- **FACEBOOK (ID)**

MOT DE PASSE

- **LINKEDIN (ID)**

MOT DE PASSE

- **INSTAGRAM (ID)**

MOT DE PASSE

- **AUTRE RÉSEAU SOCIAL**

ADRESSE / IDENTIFIANT (ID)

MOT DE PASSE

ESPACES DE STOCKAGE

- **CLOUD (ID)**

MOT DE PASSE

- **DROPBOX, ONE DRIVE (ID)**

MOT DE PASSE

- **DROPBOX, ONE DRIVE (ID)**

MOT DE PASSE

MATERIEL INFORMATIQUE

- **NOM D'UTILISATEUR
DE MON ORDINATEUR**

MOT DE PASSE

- **TÉLÉPHONE PORTABLE**

CODE PIN

- **AUTRES MOTS DE PASSE**

MATERIEL INFORMATIQUE (SUITE)

• Il/elle a un carnet de mots de passe qu'il/elle conserve dans _____

• Il/elle a un gestionnaire de mot de passe en ligne _____

• Fournisseur _____

• Identifiant _____

• Mot de passe maitre _____

• 2ème identification si renforcée _____

ACTIF DE SON PATRIMOINE – SES AVOIRS

• LE LIEU OÙ IL/ELLE HABITE

Il/elle est

PROPRIÉTAIRE DU LIEU QU'IL/ELLE HABITE

Éventuellement identité des copropriétaires _____

USUFRUITIER DU LIEU QU'IL/ELLE HABITE

Identité des propriétaires (ex : enfants) _____

Références du titre de propriété _____

Achat/succession _____

Notaire _____

Date

JOUR

MOIS

ANNÉE

LOCATAIRE DU LIEU QU'IL/ELLE HABITE

Identité du propriétaire (notamment s'il s'agit d'une maison de repos)

Nom et prénom _____

Adresse _____

Téléphone-mail _____

• IL/ELLE A DÉPOSÉ UNE GARANTIE LOCATIVE

Si oui, date du bail

NON

OUI, CHEZ _____

JOUR

MOIS

ANNÉE

ACTIF DE SON PATRIMOINE – SES AVOIRS (SUITE)

• IL/ELLE EST PROPRIÉTAIRE DES (AUTRES) IMMEUBLES SUIVANTS :

Adresse

Références du titre de propriété

Achat/succession

Notaire

Date

Loué à*

Adresse

Références du titre de propriété

Achat/succession

Notaire

Date

Loué à*

** Si certains immeubles sont loués : indiquer les coordonnées des locataires : nom + tél + bail*

• IL/ELLE EST PROPRIÉTAIRE DU MOBILIER DE SON LOGEMENT (spécificités...)

• ET DU MOBILIER SITUÉ

• IL/ELLE A UNE VOITURE / UN VÉHICULE

OUI NON NE SAIT PAS

MARQUE / MODÈLE

PLAQUE D'IMMATRICULATION

BANQUE

• BANQUE

Compte _____

Coffre n° _____

Situé dans l'agence _____

Compte-titres _____

• BANQUE

Compte _____

Coffre n° _____

Situé dans l'agence _____

Compte-titres _____

ASSURANCE

• ASSURANCE-VIE

auprès de la société _____

sous le numéro _____

• ASSURANCE

auprès de la société _____

sous le numéro _____

• ASSURANCE

auprès de la société _____

sous le numéro _____

• ASSURANCE RC (RESPONSABILITÉ CIVILE)

auprès de la société _____

sous le numéro _____

• ASSURANCE INCENDIE / VOL

auprès de la société _____

sous le numéro _____

• AUTRE

PRÊTS

• IL/ELLE A PRÊTÉ À

Nom et prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

Une somme de _____

Nom et prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

Une somme de _____

• CONTRAT DE PRÊT

du

JOUR _____

MOIS _____

ANNÉE _____

se trouve _____

Il a été déclaré aux impôts le

JOUR _____

MOIS _____

ANNÉE _____

À ce jour, le

JOUR _____

MOIS _____

ANNÉE _____

une somme de _____

EUROS

est remboursée

OUI

NON

NE SAIT PAS

AVOIRS À L'ÉTRANGER

AUTRES

PASSIF DE SON PATRIMOINE

• **Crédit en cours**

• **Dette fiscale**
(Impôt sur le revenu sécurité sociale...)

• **Il/elle paie chaque**

MOIS

ANNÉE

une pension alimentaire de

EUROS

à

FOURNISSEURS ACTUELS

• **EAU**

NUMÉRO DE CLIENT

• **GAZ**

NUMÉRO DE CLIENT

• **ÉLECTRICITÉ**

NUMÉRO DE CLIENT

• **TÉLÉPHONE – TV – INTERNET**

NUMÉRO DE CLIENT

• **MAZOUT**

NUMÉRO DE CLIENT

• **AUTRE**

AUTRES DETTES

PROCÉDURES JUDICIAIRES EN COURS

AUTRES ÉLÉMENTS

LIVRET

APRÈS-PARENTS

ANNEXE SANTÉ

**DONNÉES CONFIDENTIELLES
CONCERNANT VOTRE FILS/ FILLE**

FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DONNÉES

• **Pour le fils ou la fille**

Je soussigné(e) _____ **enfant de** _____

Ou _____ **tuteur de** _____

- Autorise _____ à collecter et à traiter mes données ou celles de mon protégé y compris les données de santé pour la réalisation du livret « Après-Parents »
- Autorise le partage de ces données de santé pertinentes me concernant ou concernant mon protégé avec la personne qui sera chargée de veiller à la mise en œuvre des préconisations contenues dans ce livret.

Fait en deux exemplaires originaux à _____ **, le** _____

Signature

• **Pour les personnes mentionnées dans ce livret à titre privé et non professionnel**

Je soussigné(e) _____

- Ai été averti que des données à caractère personnel me concernant, soit mes coordonnées d'identité, d'adresse postale et mail, ainsi que mes liens avec la personne sujet ont été mentionnées dans le livret.
- Autorise la transmission de mes données pertinentes pour la mise en œuvre de l'accompagnement « Après-parents »

Fait en deux exemplaires originaux à _____ **, le** _____

Signature

SON IDENTITÉ

• **NOM – PRÉNOM**

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

• **ADRESSE**

NUMÉRO, VOIE, COMPLÉMENT

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

MAIL

• **COMPLÉTÉ PAR / AVEC SON AIDANT PROCHE**

DATE DE RÉDACTION DE CE LIVRET

JOUR MOIS ANNÉE

MISES À JOUR LE

JOUR MOIS ANNÉE

JOUR MOIS ANNÉE

COORDONNÉES DES MÉDECINS

• **MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

TÉLÉPHONE

• **AUTRES MÉDECINS :**

GYNÉCOLOGUE/UROLOGUE

TÉLÉPHONE

DERMATOLOGUE

TÉLÉPHONE

OPHTALMOLOGUE

TÉLÉPHONE

ORL

TÉLÉPHONE

AUTRE

• **COORDONNÉES DES AUTRES PROFESSIONNELS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX**

DENTISTE

TÉLÉPHONE

KINÉSITHÉRAPEUTE

TÉLÉPHONE

PSYCHOMOTRICIEN

TÉLÉPHONE

INFIRMIER

TÉLÉPHONE

PSYCHOLOGUE

TÉLÉPHONE

DIÉTÉTICIEN

TÉLÉPHONE

• **Son DMP (Dossier Médical Partagé) est-il alimenté ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **Noms et coordonnées des personnes qui pourraient être des personnes ressources pour aborder ses problèmes de soins (nom, prénom, tél, mail) -demander l'accord de ces personnes ressources (hors professionnels de santé) pour partager leurs coordonnées dans ce livret :**

• **Quels sont les soins qu'il/elle suit actuellement ?**

• **A-t-il/elle des problèmes de santé récurrents ?**

• **Dans les soins, il est important de veiller à**

• **Est-il/elle actuellement selon vous en bonne santé physique et psychologique ?**

OUI NON NE SAIT PAS

• **Dans ces divers aspects de la santé, lesquels peuvent être qualifiés de bon à très bons ?**

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> PEAU | <input type="radio"/> MUSCLES |
| <input type="radio"/> OS | <input type="radio"/> SYSTÈME DIGESTIF |
| <input type="radio"/> SYSTÈME RESPIRATOIRE | <input type="radio"/> SYSTÈME CARDIAQUE |
| <input type="radio"/> SYSTÈME URINAIRE | <input type="radio"/> PIEDS ET JAMBES |
| <input type="radio"/> VISION | <input type="radio"/> AUDITION |
| <input type="radio"/> MORAL | <input type="radio"/> SANTÉ PSYCHIQUE |

• **Quel est l'aspect de sa santé qui est à surveiller ?**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> POIDS | <input type="radio"/> SANTÉ BUCCO-DENTAIRE |
| <input type="radio"/> PROBLÈMES CARDIAQUES | <input type="radio"/> THYROÏDE |
| <input type="radio"/> MALADIE PSYCHOLOGIQUE | |
| <input type="radio"/> AUTRE | <hr/> |

• **Des aspects de la santé liés à des antécédents familiaux sont-ils à surveiller ?**

OUI NON NE SAIT PAS

Par rapport à son autonomie :

• **Quelles difficultés de santé physique rencontre-t-il/elle ?**

• **Sent-il/elle quand il/elle a besoin d'aide psychologique ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **De soins psychiatriques ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **Suit-il/elle les conseils de ceux qui lui remontent le moral ? Le soutiennent ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **Pensez-vous qu'il/elle devrait être aidé(e), soutenu(e) pour améliorer sa santé physique ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **Et les aspects psychologiques de sa santé ?** OUI NON NE SAIT PAS

• **Que souhaitez-vous qui soit amélioré à cet égard ?**

• **Est-ce également son point de vue ?**

• **Indiquez si vous le souhaitez quelles sont vos remarques ou vos souhaits pour l'avenir de sa santé :**

• **Il faudra tenir compte de la possibilité de :**

• **Il faudra toujours veiller à :**

• **Autre élément à garder en mémoire :**
