

# Dossier personnel et familial de

---



Les Papillons blancs de Paris  
85 rue la Fayette 75009 Paris  
[www.lespapillonsblancsdeparis.fr](http://www.lespapillonsblancsdeparis.fr)  
Email : [contact@papillonsblancsdeparis.fr](mailto:contact@papillonsblancsdeparis.fr)



## Sommaire

<b>I - Vie personnelle .....</b>	<b>3</b>
1. Etat Civil.....	3
2. Mesure de protection juridique .....	4
3. Informations administratives .....	6
4. Revenus .....	15
5. Aides / Allocations.....	16
6. Assurances personnelles .....	16
7. Loisirs.....	17
8. Vacances .....	17
9. Religion .....	19
<b>II - Vie familiale et dispositions financières .....</b>	<b>20</b>
1. Etat civil des parents.....	20
2. Etat civil des frères et sœurs / membres de la famille / proches.....	20
3. Pension de réversion .....	21
Rente-Survie .....	21
Assurance – Vie Classique .....	22
Informations en vue d'une éventuelle succession.....	22
<b>III - Santé .....</b>	<b>23</b>
Informations générales .....	23
Vaccinations .....	25
Maladies importantes (diabète, épilepsie, hépatite B, HTA) .....	25
Opérations chirurgicales importantes .....	25
Allergies .....	26
Personne de confiance dans le domaine médical et directives anticipées .....	26
7. Observations ou précisions importantes à connaître .....	26
<b>VI - Patrimoine .....</b>	<b>27</b>
1. Biens mobiliers de la personne.....	27
2. Biens immobiliers de la personne.....	28
<b>V - Et demain ? .....</b>	<b>30</b>
1. Hébergement envisagé pour la personne .....	30
2. Obsèques de la personne .....	30

**I - Vie personnelle de .....****1. Etat Civil**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Sexe : .....

Date et lieu de naissance : le : ..... à : ..... (Département : .....)

Téléphone personnel : .....

Code PUK : ..... Code PIN : .....

Adresse électronique : ..... @.....

Mot de passe Messagerie : .....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)   
 Divorcé(e)  Veuf(ve)  Parent

**Copie de la Carte d'identité** et date de validité : .....*En 2014, la durée de validité de la carte d'identité d'une personne majeure est passée de 10 à 15 ans.*

En cas de rédaction d'un avis de recherche :

Prévoir une photo récente et ressemblante (10x15cm)**Contact prioritaire (famille/mandataire) :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone portable : .....

Téléphone fixe : .....

Adresse électronique : ..... @.....

**Personne 2 à contacter :**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone fixe : .....

Adresse électronique : ..... @.....

**Hébergement / adresse personnelle (famille, coliving...) :**

.....  
Ou/et Nom de la structure : .....

Adresse : .....

Téléphone portable : .....

Adresse électronique : .....@.....

Personne à contacter : .....

**Copie des documents (contrat, livret...)**

**Etablissement d'accompagnement (SAAD, SAVS, SAMSAH, Dispositifs d'aide à l'emploi) :**

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

Téléphone portable : .....

Adresse électronique : .....@.....

Personne à contacter : .....

**Copie contrats**

**2. Mesure de protection juridique**

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ? OUI  NON

Si oui, par quel tribunal a-t-elle été prononcée ?

.....  
.....

La mesure effective prononcée est une :

**Sauvegarde de justice**

**Curatelle simple**

**Curatelle aménagée**

Personne

Biens

**Curatelle renforcée**

Personne

Biens

**Tutelle**

Personne

Biens

**Habilitation familiale**

Générale

En représentation

Personne

Biens

En assistance

**Mandat ad hoc**

Date de la mesure d'origine : .....

Années de renouvellement : .....

Exemption du CRG (compte rendu de gestion comptable)

Rapports de situation / diligences envoyés les : .....

Mesure à renouveler le : .....

Cf tableau des droits

**Copie des jugements**

**Copie extrait acte de naissance**

Existe-t-il :

- un conseil de famille ? OUI  NON

- des cotuteurs ou co-curateurs ? OUI  NON

- des subrogés tuteurs ou subrogés curateurs ? OUI  NON

- un partage mandataire familial / un mandataire professionnel ? OUI  NON

- un professionnel qualifié désigné pour le contrôle des comptes de gestion ? OUI  NON

- une personne de confiance ? OUI  NON

Nom et coordonnées des mandataires / professionnel qualifié :

.....

.....

.....

Nom et coordonnées de la personne de confiance :

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

Souhaits de la personne en situation de handicap pour assurer sa protection juridique future :

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

Souhaits des parents du proche en charge :

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

Testament de la personne handicapée devant le Notaire

Copie adressée au juge le : .....

Testament olographe

Copie adressée au Juge le : .....

**Copie des documents**

### 3. Informations administratives

**Transports**

Passe Navigo : .....

Passe Navigo Accompagnant : .....

Code accès compte Navigo : .....

**Sécurité Sociale, MSA, autres régimes :**

N° d'immatriculation : .....

Adresse du centre : .....

Affection Longue Durée - ALD (prise en charge 100 % -- totale ou partielle) : OUI  NON

Date limite : .....

**Copie attestation de droits**

Cf tableau des droits

Compte Ameli : .....

Code d'accès : .....

Mot de passe : .....

Adresse mail de référence : .....

Portable : .....

**Mutuelle**  ou **CSS**  :

N° d'adhérent : .....

Adresse : .....

**Copie carte de mutuelle**

Cf tableau des droits

### **Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH)**

N° de dossier : .....

MDPH du département : .....

Coordonnées : .....

**Carte Mobilité Inclusion (CMI) invalidité**

**Pourcentage** : .....

Besoin d'accompagnement :      oui      non

N° de carte : .....

Délivrée le : .....

Fin de validité : .....

**Copie carte**

Cf. tableau des droits

**Carte Mobilité Inclusion (CMI) Priorité**

**Pourcentage** : .....

Besoin d'accompagnement :      oui      non

N° de carte : .....

Délivrée le : .....

Fin de validité : .....

**Copie carte**

Cf. tableau des droits

**Carte Mobilité inclusion (CMI) Stationnement**

N° de carte : .....

Délivrée le : .....

Fin de validité : .....

**Copie carte**

Cf tableau des droits

**Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et éventuellement Majoration pour la Vie Autonome (MVA)**

**Allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH) jusqu'à 20 ans et compléments :**

Caisse d'affiliation (CAF) : .....

Code CAF internet : .....

N° allocataire : .....

Echéance : .....

RIB compte de versement (bénéficiaire ou parents) : .....

**Copie de la notification**

Cf tableau des droits

**N° référence DSOL de Paris (Direction des Solidarités) pour le versement des prestations suivantes:**

.....  
Adresse : .....

**Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) :**

Compte bancaire bénéficiaire : .....

Nom : .....

Coordonnées bancaires : .....

**Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :**

PCH [élément 1] aide humaine : notification MDPH

Emploi direct, plan d'aide, contrat de travail CESU

Service mandataire ou prestataire contrat, factures

Aidant familial notification échéance, versement

Forfait surdicécité

Dates de validité : .....

PCH établissement

Dates de validité : .....

PCH [élément 2] aides techniques

Dates de validité : .....

PCH [élément 3] aménagement du logement, du véhicule, surcoût lié au transport conserver les justificatifs

Dates de validité : .....

PCH [élément 4] charges spécifiques (consommables protections, loisirs sportifs)

Dates de validité : .....

PCH [élément 4] exceptionnelles (frais de séjours adaptés), réparations de fauteuils ou audioprothèses liée au handicap avance et remboursement sur justificatifs

Dates de validité : .....

PCH [élément 5] aide animalière

Dates de validité : .....

PCH parentalité exclusivement pour les parents en situation de handicap (aide humaine à la parentalité et aide technique à la parentalité)

Dates de validité : .....

**Copie des notifications**

Cf tableau des droits : .....

- Orientations de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH et mise en œuvre (p. 10, 11, 12, 13)

PERIODES SCOLAIRES		
Notifications - dates de validité / coordonnées	Entrée	Sortie
<i>Exemples : Etablissement scolaire ULIS, SESSAD, AESH (ex AVS), IME...</i>	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

<b>PARCOURS PROFESSIONNEL</b>		
<b>Notifications - dates de validité / coordonnées</b>	<b>Entrée</b>	<b>Sortie</b>
<i>Exemples :</i> <i>IMPRO, SAS, ESAT, MILIEU ORDINAIRE, FORMATIONS PROFESSIONNELLES</i>	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

<b>LOGEMENT</b>		
<b>Notifications/ coordonnées</b>	<b>Entrée</b>	<b>Sortie</b>
<i>Exemples :</i> <i>Foyers d'hébergement, Foyers de vie, Accueils temporaires, FAM, MAS</i>	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

ACCOMPAGNEMENTS / ACTIVITES		
Notifications - dates de validités / coordonnées	Entrée	Sortie
Exemples : <i>SAVS, SAMSAH, CAJ, CAJM, services d'accompagnements à l'emploi</i>	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

**AIDES SOCIALES LEGALES**

- HEBERGEMENT**
- ACCOMPAGNEMENT**

**Adresse du domicile de secours :** .....

**Conseil Départemental de :** .....

<b>Notifications - dates de validités / coordonnées</b>	<b>Entrée</b>	<b>Sortie</b>
<i>Exemples : Foyers d'hébergements, foyers de vie, Accueil temporaire, FAM, SAVS, SAMSAH, CAJ, CAJM</i>	.../.../...	.../.../...

**Copie des notifications**

Etablissements privés et/ou accompagnements sans notification MDPH et donc sans aide sociale légale :

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

### 4. Revenus

Nom de l'employeur ou association gestionnaire :

.....  
.....

Lieu de l'activité :

.....

Copies des contrats de travail

Rémunération :

.....

Autres revenus :

.....

Prime d'activité :

.....

Pension de réversion :

.....

Rente (viagère, survie, épargne handicap...) :

.....

Retraite :

.....

Autres : (pension d'orphelin, loyer)

.....

⚠ Certains revenus viennent en déduction du montant de l'AAH

### 5. Aides / Allocations

Espace Parisien des Solidarités (EPS) :

- Paris Solidarités PSOL : <https://www.paris.fr/pages/minimas-sociaux-garanties-de-ressources-3846>
- Complément Santé Paris : <https://www.paris.fr/pages/aides-a-la-sante-3869>

 Ces deux aides sont récupérables sur succession

Caisse d'allocation familiale :

- Aide personnalisée au logement (APL)
- Allocation de logement familial (ALF)
- Allocation de logement social (ALS)

### 6. Assurances personnelles

Responsabilité civile :

.....

N° de contrat et coordonnées de l'assureur :

.....

.....

Habitation :

.....

.....

Voiture, moto, vélo, trottinette, fauteuil roulant :

.....

.....

Téléphone, lunettes, prothèses auditives, ordinateur :

.....

.....

N° de contrat et coordonnées de l'assureur :

.....

.....

Copies des contrats

**7. Loisirs**

Nom du club de loisirs : .....

Organisateur : .....

Coordinnées : .....

Type d'activité : .....

Lieu de l'activité : .....

Nom et coordonnées de l'animateur : .....

Nom du club de loisirs : .....

Organisateur : .....

Coordinnées : .....

Type d'activité : .....

Lieu de l'activité : .....

Nom et coordonnées de l'animateur : .....

Nom du club de loisirs : .....

Organisateur : .....

Coordinnées : .....

Type d'activité : .....

Lieu de l'activité : .....

Nom et coordonnées de l'animateur : .....

PCH frais spécifiques (élément 4)

Pass' Sport Paris (6 à 30 ans)

Copies des plannings, des factures

**8. Vacances**

Habitudes de vacances : .....

Vacances en familles : .....

Séjours adaptés : .....

Nom et coordonnées de l'organisme :

Copie des programmes, des factures

PCH charges exceptionnelles (élément 4)

Chèques ANCV

Aide exceptionnelle à voir avec l'Espace Parisien de Solidarité de son arrondissement (ex CASVP)

Dispositif Paris Jeunes Vacances (16 à 30 ans)

**9. Religion**

La personne pratique-t-elle une religion ?

OUI  NON  Ne souhaite pas s'exprimer

Si oui, la religion de la personne implique-t-elle des pratiques spécifiques ?

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

**II - Vie familiale de .....****1. Etat civil des parents**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom(s): .....

Prénom(s): .....

Date et lieu de naissance :

Date et lieu de naissance :

Le ..... à.....

Le ..... à.....

Situation familiale : .....

Situation familiale : .....

Date de décès éventuel : .....

Date de décès éventuel : .....

Profession : .....

Profession : .....

Adresse postale : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Adresse électronique : .....

Adresse électronique : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

**2. Etat civil des frères et sœurs / membres de la famille / proches**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Qualité : .....

Date et lieu de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : .....

Situation familiale : .....

Enfants : .....

Enfants : .....

Adresse postale : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Adresse électronique :

Adresse électronique :

.....@.....

.....@.....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

## VIE FAMILIALE ET DISPOSITIONS FINANCIERES

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : .....

Enfants : .....

Adresse postale : .....

.....

Adresse électronique :

.....@.....

Téléphone : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : .....

Enfants : .....

Adresse postale : .....

.....

Adresse électronique :

.....@.....

Téléphone : .....

### 3. Pension de réversion

Une pension de réversion existera-t-elle au profit de la personne ? OUI  NON

Si oui, désignez le nom de la Caisse ainsi que ses coordonnées :

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

### 4. Rente-Survie

Existe-t-il une rente-survie souscrite au bénéfice de la personne ? OUI  NON

Désignation du souscripteur :

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

Catégorie :

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

**5. Assurance – Vie Classique**

Existe-t-il une assurance-vie souscrite au bénéfice de la personne ? OUI  NON

Si oui, indiquez les nom et adresse de l'organisme :

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

N° de police : .....

Nom et prénom du souscripteur : .....

Observations :

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

**6. Informations en vue d'une éventuelle succession**

Existe-t-il des dispositions testamentaires à l'intention de la personne ? OUI  NON

Si oui, indiquez les nom et adresse du notaire :

.....  
.....

Observations ou précisions éventuelles (lettre de famille) :

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

**III - Santé de.....****1. Informations générales**

Identification du handicap : .....

Troubles du comportement connus :

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

Nécessité d'un appareillage : (auditif, lunettes, lentilles, dentaire, cardiaque, autres...) :

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

Coordonnées du médecin traitant :

.....

Code Doctolib :

.....

Utilisation dossier médical partagé (DMP) : OUI  NON

.....

Utilisation de Mon parcours Santé : OUI  NON

.....

Coordonnées du SSIAD :

.....

.....

Prise en charge CMPP ou CMP ou hôpital de jour :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nom et adresse du chirurgien-dentiste :**

.....

Nom et adresse des spécialistes et récurrence des visites autres (psychiatre, cardiologue, gynécologue, ophtalmologue, etc...):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Vaccinations**

	Date de vaccin	Date de rappel
Tétanos		
Polio		
Diphthérie		
Coqueluche		
Covid		
Grippe		
Autres		

**3. Maladies importantes (diabète, épilepsie, hépatite B, HTA)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Opérations chirurgicales importantes**

Type d'opération, date d'intervention, et conséquences éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Allergies**

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

**6. Personne de confiance dans le domaine médical et directives anticipées**

Une personne de confiance a -t-elle été désignée par la personne ? OUI  NON

Si oui, indiquez les nom, prénom, et adresse de la personne de confiance :

Date :

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

Copie des directives anticipées

**7. Observations ou précisions importantes à connaître**

La personne a -t-elle manifesté un refus d'un don de ses organes ? OUI  NON

Inscription au registre des refus des dons d'organes ([www.registrenationaldesrefus.fr](http://www.registrenationaldesrefus.fr))

Autres :

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

**VI - Patrimoine de .....****1. Biens mobiliers de la personne****Comptes courants :**

N° de compte : .....

Coordonnées de l'agence bancaire :

---

---

---

---

---

---

La personne dispose-t-elle d'une carte de retrait ? OUI  NON La personne dispose-t-elle d'une carte bancaire de paiement ? OUI  NON La personne dispose-t-elle d'un chéquier ? OUI  NON 

Informations complémentaires : (Possibilité ou non d'achat internet)

---

---

---

---

Comptes et livrets :

Livret A :

Livret Développement Durable :

Compte Epargne Logement :

Autres : PEA, PEL, Livret jeune :

**Assurance Vie Contrat Epargne Handicap**Existe-t-il un ou plusieurs contrats Epargne Handicap ouvert par la personne ? OUI  NON 

Si oui, indiquez les nom et adresse des organismes :

---

---

---

---

N° de police : .....

Observations :

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

Indiquez les N° de compte et coordonnées de l'établissement bancaire :

- 1.....  
.....  
.....
- 2.....  
.....  
.....
- 3.....  
.....  
.....
- 4.....  
.....  
.....

## 2. Biens immobiliers de la personne

Indications (sommaires) du (des) immeuble(s) :

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

Adresse(s) et situation(s) cadastrale(s) :

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

Adresse(s) du (des) notaire(s) :

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

Autres biens (parts de SCI, GFA)

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

**V - Et demain ? Pour.....****1. Hébergement envisagé pour la personne**

En cas d'impossibilité de rester au domicile familial :

La personne a-t-elle exprimé sa volonté de vivre ou évoluer en un lieu particulier ?

Si oui, indiquez son ou ses choix :

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

Si la personne ne peut exprimer ses souhaits, quels sont ceux de ses parents ?

.....

**2. Obsèques de la personne**

Un **contrat obsèques** a-t-il été souscrit pour la personne ? OUI  NON

Si oui, indiquez les nom et adresse de l'organisme ou du bénéficiaire :

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

La personne a-t-elle manifesté son souhait sur la pratique funéraire à employer ? OUI  NON

Si oui, par : inhumation  crémation

Lieu de sépulture désiré, commune de : .....

Caveau au nom de : .....

Modalités :

Civile : .....

Religieuse (indiquez le culte) : .....

Cérémonie particulière : .....

Si la personne ne peut ou n'a pu s'exprimer sur ce sujet, quelles sont les souhaits de ses proches ?

.....  
.....

## **BLOCS - NOTES :**

(Mes habitudes de vie, ce que j'aime et ce que je n'aime pas)



