

Dossier d'admission

- à conserver par vos soins -



Résidence Autonomie

de la

Cité des Roses



Centre Communal
D'Action Sociale

Janvier 2026

La Résidence Autonomie de la Cité des Roses

La Résidence Autonomie de la Cité des Roses est un établissement médico-social rattachée au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Ville de Tarbes.

La vocation d'accueil de notre établissement permet le suivi et l'accompagnement de personnes âgées de plus de 60 ans, retraitées, sans activité professionnelle, autonomes et valides (GIR 5/6), dans un cadre sécurisé au cœur de la ville.

En parallèle de l'hébergement, nous assurons des prestations de qualité permettant le maintien de l'autonomie et l'indépendance des résidents, telles que :

- la **restauration**, avec une cuisine réalisée sur place ;
- les **gardes de nuit**, avec des médaillons d'appel d'urgence remis aux résidents ;
- l'**entretien du linge**, avec une lingerie sur place ;
- les **activités et animations** (gym douce, yoga, mémoire, sorties...).

Liste des pièces à fournir

- ☐ Photo d'identité
- ☐ Carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour
- ☐ Livret de famille ou l'extrait de naissance
- ☐ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ☐ Justificatifs des ressources mensuelles
- ☐ Jugement de mise sous protection juridique (si concerné)
- ☐ Notification de l'aide personnalisée au logement (APL) (si concerné)

Documents à remettre complétés

- ☐ Dossier administratif de demande d'admission
- ☐ Dossier médical (Grille d'évaluation AGGIR + Informations médicales)

Utilisation des données

Les informations personnelles requises dans ce formulaire sont nécessaires afin :

- ⇒ de pouvoir effectuer l'inscription au sein de la résidence,
- ⇒ d'assurer le suivi administratif tout au long de votre séjour,
- ⇒ d'établir la facturation.

Les informations relatives à votre santé font l'objet d'un traitement spécifique lié à leur confidentialité. La structure est responsable de l'utilisation des informations personnelles recueillies dans ce formulaire d'inscription.

Vous avez le droit d'en demander l'accès ou la rectification auprès de la direction, ou de vous opposer à leur utilisation pour motif légitime.

Elles font l'objet d'un traitement informatisé et sont conservées le temps de la présence de la personne en résidence et au plus tard pendant 5 ans après son départ.



1 – Les tarifs

Superficie	Forfait	Redevance + Prestations
Studio de 22 m ²	Pension complète	1 048,70 €
	Demi-pension	945,56 €
Studio de 24 m ²	Pension complète	1 138,10 €
	Demi-pension	1 035,15 €
Studio de 28 m ²	Pension complète	1 204,86 €
	Demi-pension	1 101,91 €

2 – Les redevances

Les **loyers** des appartements de la Résidence Autonomie de la Cité des Roses dépendent de la superficie et sont totalement éligibles aux **APL**.

Les **charges** énergétiques sont intégrées au montant des loyers, à l'exception des studios de 28 m² pour lesquels un abonnement électrique ainsi que les consommations sont à la charge du résident.

Les **redevances** applicables sont les suivantes :

Superficie	Redevance
Studio de 22 m ²	379,77 €
Studio de 24 m ²	469,36 €
Studio de 28 m ²	536,12 €

3 – Les prestations

3.1 – Socles

Elles couvrent l'ensemble des divers services proposés par la Résidence Autonomie :

- les prestations **d'administration générale** ;
- l'accueil **hôtelier** (*hébergement et restauration*) ;
- l'entretien du **linge de maison** ;
- les activités **d'animation** (*aux termes du décret du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie*).

Elles se déclinent en **deux forfaits** :

Forfait	Prestations
Pension complète (déjeuner et dîner)	668,74 €
Demi-pension (déjeuner)	565,79 €

3.2 – Annexes

- Lingerie



Le linge personnel peut être pris en charge par notre blanchisserie. Le service est tarifé à la pièce.

À titre d'information :

Pièce	Tarif	Pièce	Tarif
Gilet, pull, tricot, tee-shirt, foulard, écharpe Oreiller et/ou traversin supplémentaire	1,50 €	Plaid, coussin, blouson	5,50 €
Chemise / chemisier	2,00 €	Parka	8,50 €
Jupe, robe, pantalon Drap (hors semaine de ramassage)	3,00 €	Couverture, couette, dessus de lit	10,50 €
Veste habillée	3,50 €	Linge très souillé	15,50 €

- Petits travaux



Forfait de services : **10 € par intervention**

- Restaurant



Notre restaurant accueille les **invités** des résidents. Ces repas invités peuvent être pris en salle à manger ou directement dans les studios.

À titre d'information :

Jour	Tarif/personne
Soir	9,00 €
Midi	11,00 €
Fêtes	16,00 €

4 – Les chambres temporaires

L'établissement met à disposition deux chambres équipées qui peuvent accueillir temporairement :

- les familles des résidents afin de leur rendre visite ;
- le public éligible rencontrant des difficultés passagères (ex : sortie d'hôpital) ;
- le public éligible dont les aidants souhaitent un moment de répit.

Les tarifs se déclinent ainsi :

Chambre temporaire	Tarif
Nuitée (avec petit déjeuner inclus)	35,00 €
Petit déjeuner supplémentaire par jour et par personne	3,00 €
Pension complète par jour et par personne	15,00 €

Demande d'admission

- à nous retourner -



Résidence Autonomie de la Cité des Roses



Centre Communal
D'Action Sociale

Nous contacter

La demande suivante complète ainsi que les pièces justificatives doivent être :

- ✓ soit remis au secrétariat de la Résidence Autonomie ;
- ✓ soit transmis par mail ;
- ✓ soit transmis par courrier.



Résidence Autonomie de la Cité des Roses



**20 bis rue Eugène Ténor
65000 TARBES**



05.62.93.26.38



mlf@mairie-tarbes.fr



Votre identité

Nom de naissance : _____
Nom d'usage : _____
Prénom(s) : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Nationalité : _____
Adresse actuelle : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone fixe : _____ Portable : _____
Adresse mail : _____ @ _____

Nom et prénom(s) de la personne remplissant le dossier si différent : _____

Adresse actuelle : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone fixe : _____ Portable : _____
Adresse mail : _____ @ _____
Lien avec le demandeur : _____

Cette demande fait suite à une orientation de :

- ☐ Vous-même
- ☐ Votre médecin
- ☐ Un établissement médical : _____
- ☐ Un travailleur social
- ☐ Autre : _____



**Situation familiale**

Situation de famille : ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire ☐ divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Coordonnées des enfants et/ou personnes proches de confiance :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Email	Lien
					☐ Enfant ☐ Famille ☐ Ami
					☐ Enfant ☐ Famille ☐ Ami
					☐ Enfant ☐ Famille ☐ Ami
					☐ Enfant ☐ Famille ☐ Ami
					☐ Enfant ☐ Famille ☐ Ami
					☐ Enfant ☐ Famille ☐ Ami

**Mesure de protection juridique**

Une mesure de protection juridique est-elle en place ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Dossier en cours

Si oui, laquelle ?

☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle ☐ Mandat de protection future

Si oui, coordonnées de la personne qui assure cette mesure :

Nom :

Prénom :

Structure :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :@.....



**Ressources**

Catégories de ressources	Noms des caisses	Montants mensuels
Pensions de retraite		€
		€
		€
		€
Retraites complémentaires		€
		€
		€
		€
Autres ressources		€
		€
		€
		€
Montant total		€

**Médical****Médecin traitant**☐ Oui☐ Non

Si oui, ses coordonnées :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Cabinet Soins Infirmiers☐ Oui☐ Non

Si oui, ses coordonnées :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

**Prestations souhaitées****Type d'appartement :**☐ 22 m²☐ 24 m²☐ 28 m²**Forfait :**☐ Demi-pension☐ Pension complète**Disponibilité :**☐ Immédiate☐ 3 à 6 mois☐ + 6 mois

Fait à : _____

Le : _____

Signature : _____

**Grille d'évaluation AGGIR (à remplir par le médecin traitant, sous pli confidentiel)**

Nom :

Prénom :

Grille à remplir en utilisant :**A** = fait seul, spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement ;**B** = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement ;**C** = ne fait jamais seul, il faut faire à la place ou « faire faire ».

GRILLE NATIONALE AGGIR		A-B-C	OBSERVATIONS
COHÉRENCE	Communication		
	Comportement		
ORIENTATION	Se repérer dans le temps et dans l'espace		
TOILETTE	Haut : visage, tronc, membres supérieurs		
	Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILLAGE	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
	Moyen : boutonnage, fermeture		
	Bas : vêtements passés par le bas du corps		
ALIMENTATION	Se servir		
	Manger		
ÉLIMINATION	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	Assurer l'hygiène de l'élimination anale		
TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT	À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur...		
	À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.		
ALERTER	Utiliser les moyens de communication, téléphone, alarme...		

À :

Le :

Je soussigné, Docteur
Nom, Prénom :

Cachet et signature du médecin traitant :





Informations médicales (à remplir par le médecin traitant, sous pli confidentiel)

Motifs d'admission :

.....
.....

Antécédents :

• Médicaux :

.....
.....

• Chirurgicaux :

.....
.....

• Psychiatriques :

.....
.....

Pathologie(s) en cours :

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

Addiction(s) :

☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Autre :

Traitement actuel :

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



**Symptômes psycho-comportementaux**

Types	Oui	Non	Précisions
Idées délirantes			
Agitation, agressivité (cris...)			
Dépression			
Anxiété			
Apathie			
Désinhibition			
Irritabilité, instabilité de l'humeur			
Comportement moteur aberrant :			
<i>Déambulations pathologiques</i>			
<i>Gestes incessants</i>			
<i>Risque de sorties non accompagnées</i>			
Troubles du sommeil			
Troubles de l'appétit			

**Conduites à risque**

Types	Oui	Non	Sevrage
Alcool			
Tabac			
Autre :			

**Appareillages**

Types	Oui	Non	Précisions
Fauteuil roulant			
Déambulateur, canne			
Prothèses			
Pacemaker			
Autre :			

**Allergies alimentaires**

Types	Oui	Non	Types	Oui	Non
Gluten/blé			Fruits à coque		
Crustacés			Céleri		
Oeufs			Moutarde		
Poisson			Sésame		
Arachide/cacahuètes			Sulfites		
Soja			Lupin		
Lait			Mollusques		

En cas d'ingestion, traitement d'urgence :

- ☐ Antihistaminiques
 ☐ Corticoïdes
 ☐ Auto-injecteur d'adrénaline
☐ Autre :

Cachet et signature du médecin traitant :

