

DOSSIER DE CANDIDATURE

ESAT

ESAT + Foyer d'Hébergement

NOM : Prénom :

Date de Naissance : Age :

Pièces Administratives

- Notification MDPH
- Notification A.A.H
- Numéro d'allocataire CAF
- Carte d'invalidité
- Jugement de tutelle
- Carte Nationale d'Identité ou Titre de séjour en cours de validité
- Carte mutuelle + Attestation Sécurité Sociale + Carte Vitale
- Dernier rapport éducatif ou projet personnalisé adressé par l'Établissement de provenance
- Lettre de motivation + CV

Pièces Médicales OBLIGATOIRES Pour étude du dossier

(Fournies par le médecin et à remettre sous pli confidentiel)

- Copie du carnet de santé
- Ordonnances de traitements en cours
- Précisions si allergies ou régimes alimentaires
- Rapport médical fourni par le médecin traitant (*pathologie, antécédents médicaux et chirurgicaux*)
- Rapport médical fourni par le médecin psychiatre (*diagnostic principal, pathologie(s) associée(s)*)
- Rapport médical fourni par le(s) médecin(s) spécialiste(s) (*diagnostic principal et antécédents*)

En l'absence de l'une des pièces demandées, le dossier ne pourra pas être instruit.

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier :/...../..... Date d'étude du dossier :/...../.....

ESAT / FOYER D'HEBERGEMENT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- **Le candidat**

Nom Prénom

Date de Naissance Lieu de naissance

Nationalité

Adresse

.....

Tél Mail

N° de Sécurité Sociale Caisse

Mutuelle N° d'adhérent

N° d'allocataire CAF Département

N° de dossier MDPH Décision d'orientation

Date de validité du au

Bénéficiez-vous d'un suivi SAVS/SAMSAH ? Oui Non

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Curatelle Curatelle Renforcée Tutelle Sauvegarde de Justice

Nom et Adresse du mandataire ou de l'organisme :

.....

.....

Tél Mail

Choix de l'Atelier : Espaces Verts Blanchisserie Conditionnement Chauffeur-Livreur

Hébergement souhaité au sein du Foyer d'Hébergement ? Oui Non

Si non, préciser l'adresse pendant le stage :

.....

FICHE ADMINISTRATIVE (SUITE)

- Personne chargée du dossier

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

COORDONNEES DES PROCHES AIDANTS

1.

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

2.

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

3.

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

PARCOURS DU CANDIDAT

- Historique

.....

.....

.....

.....

.....

- Contexte familial

.....

.....

.....

.....

.....

- Scolarité

.....

.....

.....

.....

.....

- Stages

.....

.....

.....

.....

.....

PARCOURS DU CANDIDAT (SUITE)

- Formation et expériences professionnelles

.....

.....

.....

.....

.....

- Situation actuelle / Observations éventuelles

.....

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE

Savez-vous gérer votre argent de poche ?

- Seul(e) Oui Non
- Avec une aide Oui Non
- Pas du tout Oui Non

Savez-vous :

- Lire ? Oui Non
- Compter ? Oui Non
- Écrire ? Oui Non
- Lire l'heure ? Oui Non
- Téléphoner ? Oui Non

Pouvez-vous prévenir votre entourage (famille, éducateurs ...) en cas d'urgence ou de difficultés ?

- Oui Non

Parvenez-vous à vous réveiller seul(e) le matin ?

- Oui Non

Parvenez-vous à gérer vos préparatifs du quotidien seul(e) ?

- Oui Non

Pratiquez-vous une activité de loisir ? Oui Non Si oui, laquelle ?

Savez-vous :

- Vous orienter seul(e) à l'extérieur? Oui Non
- Utiliser sans aide les transports en commun ? Oui Non

Avez-vous le permis de conduire ? Oui Non Si oui, quelle catégorie ?

Possédez-vous un véhicule ? Oui Non Si oui, quel type ?

Observations complémentaires

.....

.....

.....

SANTE (AUTRES QUE DOCUMENTS PAGE 1)

- Nature du / des handicap(s)

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

- Autre renseignements ne relevant pas du secret médical à connaître dans le cadre de votre accompagnement au quotidien

- * Mention

Vous devez impérativement signaler à l'employeur immédiatement et à tout instant, tous problèmes de santé vus avec un médecin extérieur et que faute de la faire, la responsabilité de l'EPD Louis Philibert ne saurait être de fait engagée.
.....

*PS Si secret médical : transmission au médecin du travail.

- Alimentation

Texture adaptée Normal Haché Mixé

Régime Hypocalorique Diabétique Sans flatulences

Allergies / intolérances (préciser) :

- Coordonnées du médecin traitant

Nom du médecin traitant

Adresse

.....

Tél

- Suivi psychiatrique Oui Non

Si oui, dans quel cadre le suivi est-il assuré ? CMP Cabinet privé Hôpital

Nom du médecin psychiatre

Adresse

.....

Tél

SANTE (SUITE)

- **Coordonnées des autres spécialistes**

1.

Nom du médecin Spécialité

Adresse

.....

Tél

2.

Nom du médecin Spécialité

Adresse

.....

Tél. :

- **Suivez-vous un traitement médical ?**

Oui

Non

Si oui, fournir impérativement l'ordonnance sous pli confidentiel

- **Savez-vous gérer seul les prises de médicaments ?**

Oui

Non

 : Pendant votre période de stage, le traitement sera géré par les éducateurs en lien avec le service médical de l'Établissement Louis Philibert

- **Précisions complémentaires**

.....

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