

# 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**

.....



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