



DOSSIER DE CANDIDATURE

Merci de cocher les structures dans lesquelles vous souhaitez postuler :

SAVS ESAT Foyer d'Hébergement Foyer Appartement

La partie 3 « Parcours et habitudes de vie » concerne uniquement une demande d'admission en Foyer d'Hébergement et Foyer Appartement.

1 FICHE DE RENSEIGNEMENTS p.2

2 MOTIVATION DE LA DEMANDE POUR L'ADMISSION p.5

3 PARCOURS ET HABITUDES DE VIE p.6

4 FICHE MÉDICALE p.8

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Notifications MDPH (orientation, cartes, AAH...)
- 1 photo d'identité
- Bilans ESAT et Foyer (si concerné)
- 1 photocopie de la carte d'identité, du passeport ou d'un titre de séjour

Merci de compléter tous les documents.

1. FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : __/__/____

Lieu de naissance : __/__/____

Nationalité :

Situation familiale :

Adresse :

N° :

Rue :

Code Postale :

Ville :

Téléphone :

Domicile

Portable :

Adresse mail :@.....

TUTELLE OU CURATELLE :

Oui

Non

NOM :

PRÉNOM :

Lien :

Adresse :

N° :

Rue :

Code Postale :

Ville :

Téléphone :

Bureau :

Portable :

Adresse mail :@.....

Autre :

COORDONNÉES FAMILLE / PARTENAIRES [personnes en lien avec le candidat]

Partenaires (nom du service) Familles	Adresse	Téléphones et autres
Nom : Prénom : Lien :	N° : Rue : C.P : Ville :	Téléphone : @ :
Nom : Prénom : Lien :	N° : Rue : C.P : Ville :	Téléphone : @ :
Nom : Prénom : Lien :	N° : Rue : C.P : Ville :	Téléphone : @ :

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :
N° : Rue :
C.P : Ville :
Téléphone :
@ :

MEDECIN SPECIALISTE/NEUROLOGUE

Nom : Prénom :
N° : Rue :
C.P : Ville :
Téléphone :
@ :

SÉCURITÉ SOCIALE

Numéro : Clé :
Centre C.P.A.M : Adresse

MUTUELLE

N° Adhérent : Adresse :

C.A.F

Adresse : Numéro d’allocataire :
Allocation Adulte Handicapée : Oui Non
Allocation Logement : Oui Non
APL : Oui Non
Autres :

M.D.P.H

N° de dossier : Département :

Notification structure médico-sociale : Oui Non (*joindre la copie de la notification*)

Préciser :

- FH duau
- FA du au
- SAVS du au
- Autres : du au

P.C.H : Oui NON

Précisez l’aide accordée :

- Aides humaines du au
- Exceptionnelles..... du au

Transports.....du au

Autresdu au.....

A.A.H : Oui Non durée de validité duau

Carte Invalidité/Priorité : Oui Non durée de validité duau

A.C.T.P : Oui Non durée de validité duau

Assurance Responsabilité Civile

Nom de l'organisme :

N° de police :

N° :

Rue :

Code postale :

Ville :

2. MOTIVATION DE LA DEMANDE POUR L'ADMISSION EN :

- FOYER Hébergement
- FOYER Appartement
- SAVS
- ESAT

La demande principale :

- D'effectuer un stage de découverte
- De demander une admission
- Autre

Le lieu :

- Demande ESAT
- Un Foyer d'Hébergement
- Un Foyer Appartement (non médicalisé)
- SAVS
- ESAT

Expliquez votre demande, vos attentes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :

3. PARCOURS ET HABITUDES DE VIE

Seulement pour une demande en FH et en FA

ÉTABLISSEMENTS FRÉQUENTÉS (scolarité + histoire institutionnelle)

VIE QUOTIDIENNE

- Toilette :
- Habillage/déshabillage :
- Repas :
- Tâches collectives :
- Mobilité :
- Déplacements (Int. Ext.)
- Orientation :
- Gestion du temps :
- Gestion des repères :
- Rythme de sommeil (Nuit / Sieste) :

VIE RELATIONNELLE

- **Capacité de compréhension :**
- **Capacité de communication :**
 - Lire :
 - Ecrire :
 - Compter :
 - Gestion argent de poche :
 - Verbalisation :
 - Capacité à demander de l'aide :

COMPORTEMENT GÉNÉRAL (vigilance à avoir)

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

CULTE (Religion pratiquée, souhaits)

.....

ACTIVITÉS-LOISIRS

- Activités internes :

.....
.....

- Activités externes :

.....
.....

- Occupations spontanées :

.....
.....

- Loisirs, vacances :

.....
.....

4. FICHE MÉDICALE

A renseigner par un médecin

NOM : Prénom :
Poids : Kg : Taille : Tension : Pouls :

ANTECEDENTS

Médicaux :	
Chirurgicaux :	
Suivi psychologique :	
Comitialité :	

Origine du handicap [diagnostic] :

Résumé histoire clinique :

Traitement actuel :

Régime :

Allergies :

Troubles visuels : OUI NON

- Si oui lesquels ?

- Port de lunettes OUI NON

- Suivi ophtalmique le : par

Troubles auditifs : OUI NON

- Si oui lesquels ?

- Port appareil auditif OUI NON

- Suivi auditifs le : par

Troubles dentaires : OUI NON

- Si oui lesquels ?

- Port appareil :

- Suivi dentaire le : par

Suivi médecin spécialiste : OUI NON

- Si oui, précisez la spécialité : Nom : Prénom :
N° : Rue :
Code postal : Ville :
Téléphone :
E-mail :@.....

Autres :

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

