



## 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 du .....au .....
- 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 .....

Autres .....du ..... au.....

A.A.H :  Oui  Non durée de validité du .....au .....

Carte Invalidité/Priorité :  Oui  Non durée de validité du .....au .....

A.C.T.P :  Oui  Non durée de validité du .....au .....

### **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 :**

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

