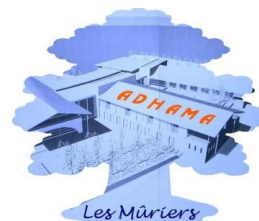




Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
Résidence Saint Antoine
9 Rue Waldeck Rousseau
42360 PANISSIERES
Tél-Fax : 04 77 28 71 27
savs-contact@adhama.fr



E.S.A.T Créations
Rue Antoine Dupuy
42510 BUSSIERES
Tél : 04 77 27 37 11
Fax : 04 77 27 31 40
esat-contact@adhama.fr



RESIDENCE « Les Mûriers »
Chez Liange
42510 BUSSIERES
Tél : 04 77 27 09 50
Fax : 04 77 28 81 31
lesmuriers-contact@adhama.fr

Dossier Candidature

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : Sexe:

Date de la demande :

Nature de la demande :



Demande d'admission



Demande de stage

Structures souhaitées :



FOYER D'HEBERGEMENT : hébergement pour ouvrier ESAT



FOYER DE VIE : hébergement avec activités occupationnelles



ESAT : ouvrier ESAT



SAVS : vie en appartement

Adresse actuelle :

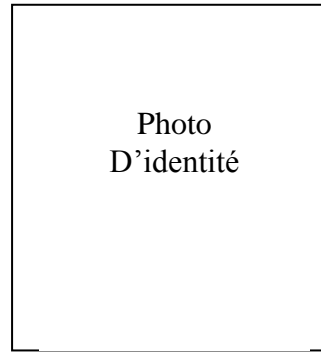
Coordonnées de la personne ou de l'organisme demandant le placement :

- Qualité :

- Adresse :

- Tél :

PERSONNE(S) À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

NOM : **Prénom :**

Sexe : **Age :**

Date et lieu de naissance : **Nationalité :**

Situation : célibataire - marié - autre

Nom

Adresse :

Code postal..... **VILLE**.....

Téléphone

N° de Sécurité Sociale :

N° CAF :

Mutuelle :

Assurance Responsabilité Civile :

.....

.....

SITUATION FAMILIALE :

Père

Nom :

Prénoms :

Date de naissance

Décédé : OUI NON Date :

Adresse.....

.....

Profession :

Tél domicile :

Tél professionnel :

Mère

Nom :

Prénoms :

Date de naissance

Décédée : OUI NON Date :

Adresse.....

.....

Profession :

Tél domicile :

Tél professionnel :

Fratrie : indiquer les noms, adresses et n° de téléphone,...

.....

.....

.....

.....

.....

Famille d'accueil :

Nom :

Adresse :

.....

Tél domicile :

Tél professionnel :

Profession :

.....

Agrément de l'Aide Sociale Départementale attribué à :

Date de l'agrément :

Date du renouvellement :

Date du début de l'accueil familial :

Composition de la famille d'accueil (fratrie) :

.....

.....

.....

.....

.....

Tuteur : nom et coordonnées

.....

.....

.....

Date du dernier jugement de Tutelle ou de Curatelle :

préciser la nature du jugement

date : Lieu :

SITUATION SOCIALE

Motif de la demande de placement ou objectif de stage :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours antérieurs (scolarité, placements, parcours professionnel...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situation sociale actuelle :

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

Relations avec la famille :

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

Souhait du candidat sur son orientation ou sur la demande de stage :

Favorable : OUI NON

Autre avis :

Souhait de la famille sur le placement ou sur la demande de stage :

Favorable : OUI NON

Fréquence et qualité des relations :

Courrier : OUI NON

Visite : OUI NON

Téléphone OUI NON

Retour en famille les week-ends souhaités :
 OUI NON

Fréquence :

AUTONOMIE ET DEPENDANCE

Type de handicap : handicap moteur handicap mental handicap psychique

TRAVAILLEUR ESAT OUI NON

CAPACITES PHYSIQUES

	OUI	NON		OUI	NON
Difficultés motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui de quel type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marche plus d'1Km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

APTITUDES A COMMUNIQUER – APTITUDES SCOLAIRES

	OUI	NON		OUI	NON
Difficultés du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non-voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT

	OUI	NON		OUI	NON
Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
envers lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté de socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON		OUI	NON
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phobies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
envers lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A remplir en cas de demande de stage ou d'admission
au **Foyer d'hébergement ou au Foyer de vie**

AUTONOMIE – FOYER D'HÉBERGEMENT – FOYER DE VIE

BONNE

MOYENNE

FAIBLE

	OUI	NON		OUI	NON
Peut manger seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aime la vie collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se vêtir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gère son argent de poche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se laver seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, avec aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut aller aux toilettes seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'oriente dans le mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut s'occuper de son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'oriente dans la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encadrement éducatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'oriente dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON		OUI	NON
- Permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut circuler seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ponctuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait s'occuper seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs préférés.....					



A remplir en cas de demande de stage ou d'admission en **S.A.V.S**

AUTONOMIE – S.A.V.S.

BONNE

MOYENNE

FAIBLE

Avez-vous déjà vécu en logement seul OUI NON

Savez-vous préparer vos repas OUI NON

Savez-vous faire des courses alimentaires OUI NON

Savez-vous entretenir votre linge OUI NON

Participez-vous à des activités loisirs OUI NON

Hygiène acquise OUI NON

Ou autres problèmes à signaler

Bonne autonomie (accompagnement ponctuel) OUI NON

Autonomie relative OUI NON

Nécessité d'interventions dans différents domaines de la vie quotidienne et sociale (prise de médicaments, argent de poche, gestion, activités...).

Autonomie réduite OUI NON

Aide effective dans les actes de la vie quotidienne (habillement, toilette...)

Accompagnement et encadrement constants OUI NON



A remplir en cas de demande de stage ou d'admission
en ESAT

TRAVAIL – E.S.A.T.

Avez-vous déjà eu une expérience de travail ? OUI NON

Si oui, laquelle :

Lieu :

Dates.....

Parmi les activités suivantes, cochez les deux qui ont votre préférence :

Mécanique générale

Menuiserie

Espaces verts

Conditionnement

Pensez-vous pouvoir, chaque jour effectuer facilement les trajets entre votre domicile et les lieux de ramassage :

Aux horaires indiqués sur le règlement intérieur OUI NON

Allez-vous utiliser vos propres moyens de transports OUI NON

Quels sont vos centres d'intérêts :

.....
.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
A METTRE DANS UNE ENVELOPPE CACHETÉE**

	OUI	NON		OUI	NON
Encoprésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté de socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phobies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles.....		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui fréquence.....					
Maladies transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si oui préciser.....					

Préciser :

.....

Nom du médecin traitant

.....

.....

Nom des médecins spécialistes

.....

.....

Préciser toute autre information utile

.....

.....



Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
 Résidence Saint - Antoine
 9 Rue Waldeck Rousseau
 42360 PANISSIERES
 Tél-Fax : 04 77 28 71 27
savs-contact@adhama.fr



E.S.A.T Créations
 Rue Antoine Dupuy
 42510 BUSSIERES
 Tél : 04 77 27 37 11
 Fax : 04 77 27 31 40
esat-contact@adhama.fr



RESIDENCE « Les Mûriers »
 Chez Liange
 42510 BUSSIERES
 Tél : 04 77 27 09 50
 Fax : 04 77 28 81 31
lesmuriers-contact@adhama.fr



A remplir uniquement en cas de demande d'**admission**

ATTESTATION

- Une période d'essai de **3 mois** est fixée pour évaluer si le placement au **foyer d'hébergement « Les Mûriers »** et à l'**ESAT Créations** est bien adapté
- Une période d'essai de **1 mois** minimum est fixée pour évaluer si le placement au **foyer de vie « Les Mûriers »** est bien adapté.
 Cette période d'essai peut se renouveler et se prolonger jusqu'à 3 mois.
- Une période d'essai de **6 mois** est fixée pour évaluer si le suivi par le **S.A.V.S.** est bien adapté

Je soussigné(e).....

Agissant en qualité de père, mère, frère, sœur, hôpital, établissement, tuteur (1),
certifie être d'accord pour reprendre

- Madame.....
- Mademoiselle.....
- Monsieur.....

Au-delà de la période d'essai, en fonction des difficultés que présentera l'utilisateur pendant son placement, une réorientation vers un autre établissement spécialisé plus approprié pourra se faire.

Fait à Le.....

Lu et approuvé
 Signature