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 : ……/……/……

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

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 : .....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

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 .....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

PARCOURS DU CANDIDAT

- **Historique**

.....

.....

.....

.....

.....

- **Contexte familial**

.....

.....

.....

.....

.....

- **Scolarité**

.....

.....

.....

.....

.....

- **Stages**

.....

.....

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

PARCOURS DU CANDIDAT (SUITE)

- **Formation et expériences professionnelles**

.....

.....

.....

.....

.....

- **Situation actuelle / Observations éventuelles**

.....

.....

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

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 ? .....

<u>Observations complémentaires</u>

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

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 .....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

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**

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr

.....

.....

.....

Adresser toute correspondance impersonnellement à M. le Directeur
E.P.D. Louis Philibert - 2991 RD 561 - CS 20045 - 13610 Le Puy Sainte Réparade
Tél. 04 42 61 77 00 - Fax 04 42 61 88 79 - E-Mail : contact@epd-louisphilibert.fr