

## DOSSIER DE CANDIDATURE

**- Pièces à fournir obligatoirement pour l'enregistrement du dossier**  
***(TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE TRAITE)***

- Notification de la MDPH
  - Reconnaissance Travailleur Handicapé
  - Orientation en ESAT
  - Orientation SAVS/Foyer d'hébergement
  
- Pour toute candidature en provenance d'un établissement ou d'un service social ou médico-socio-éducatif :
  - Rapport récent de synthèse ou de comportement et/ou
  - Bilan psychologique (à retourner sous pli fermé)
  
- Formulaire de désignation d'une personne de confiance
  
- Photocopie de la Carte d'Invalidité lisible (recto-verso)
  
- Photocopie d'un justificatif d'identité (Carte Nationale d'identité, titre de séjour)
  
- Questionnaire médical (à retourner sous pli fermé)
  
- Certificats de vaccinations DTP Polio
  
- Photocopie du livret de famille
  
- Deux photos d'identité
  
- RIB
  
- Photocopie Attestation Sécurité Sociale + carte mutuelle
  
- Copie du jugement de mise sous protection juridique s'il y a lieu
  
- CV + Lettre de candidature (à l'attention de M. le Directeur)

## 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT

|  |  |
|--|--|
| <b>NOM :</b>   | <b>PRENOM :</b>                                      |
| <b>Date et lieu de naissance :</b>   | <b>Adresse actuelle :</b>                            |
| <b>Tel Fixe : ...../...../...../...../...../</b>   | <b>Tel Portable : ...../...../...../...../...../</b> |
| <b>Nationalité : .....</b>   |  |
| <b>Situation familiale :    <input type="checkbox"/> Célibataire    <input type="checkbox"/> Marié    <input type="checkbox"/> Divorcé    <input type="checkbox"/> Concubinage</b> |  |
| <b>Numéro de sécurité sociale : .....    .....</b>   |  |
| <b>Avez-vous été immatriculé à une caisse autre que CPAM (MSA/RSI...) ?</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Si oui laquelle :</b>                  |  |
| <b>Souhaitez-vous vous inscrire à la Mutuelle de l'Etablissement? (Mutuelle HELIUM (smatis) )</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                     |  |
| <b>Etes-vous bénéficiaire d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH)?    OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></b>   |  |
| <b>Si oui, N° d'Allocataire à la Caisse d'Allocation Familiale CAF) :.....</b>   |  |

### ❖ Etes-vous accompagné (e) dans votre vie quotidienne par :

|  |  |
|--|--|
| <b>- un service d'hébergement (Foyer d'hébergement, Résidence ICARE...)</b>        |  |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                          |  |
| <b>Si oui, Nom du Foyer :.....</b>   |  |
| <b>Adresse :</b>   |  |
| <b>Tel fixe. : ...../...../...../...../...../</b>                                  | <b>Tel portable : ...../...../...../...../...../</b> |
| <b>Nom et qualité de la personne à contacter :</b>                                 |  |
| <b>- un SAVS :    <input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</b> |  |
| <b>Si oui, Nom du SAVS : .....</b>   |  |

## 2. Parcours antérieurs

### ❖ Institution et/ou scolarité

| <b>Par tranche d'âge</b> | <b>Parcours scolaire</b>             |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <b>De 00 à 06 ans</b>    | -<br>-<br>-<br>-                     |
| <b>De 06 à 14 ans</b>    | -<br>-<br>-<br>-<br>-<br>-<br>-<br>- |
| <b>De 15 à 18 ans</b>    | -<br>-<br>-<br>-                     |
| <b>18ans et plus</b>     |                                      |

### ❖ Formation(s) professionnelle(s) (apprentissage - formations qualifiantes, VAE RSFP) - etc....

| <b>Années</b> | <b>Intitulé de l'apprentissage/<br/>formation</b> | <b>Nom de l'établissement /<br/>Lieu</b> |
|---------------|---|--|
|               |   |  |
|               |   |  |
|               |   |  |
|               |   |  |

### 3 - QUESTIONS DIVERSES

❖ En cas d'urgence quelle est la personne à joindre ?

|   |   |
|---|---|
| NOM :   | PRENOM :                                      |
| Lien : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Proche |   |
| Tel fixe : ...../...../...../...../...../   | Tel portable : ...../...../...../...../...../ |
| Tel travail : ...../...../...../...../...../  |   |

## Formulaire désignation d'une personne de confiance

(Cf : notice « La personne de confiance »)

### Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

### Désigne : M, Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone ...../...../...../...../...../.....

E-mail : .....@.....

Lien avec la personne :     Parent         Médecin         Proche

### Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que : M, Mme .....

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

Date :

Signature :

❖ Observations particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et qualité du rédacteur de ce questionnaire :

Date : ...../...../.....

**Signature du représentant légal :**

**Signature du candidat :**