



**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
**ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail) /STP (Section à Temps Partiel)**

**NOM :**

**PRENOM :**

**TYPE DE DEMANDE D'ADMISSION**

**DEMANDE D'ADMISSION POUR :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ESAT METROPOLE  | <input type="checkbox"/> STP METROPOLE   |
| <input type="checkbox"/> SITE DE PESSAC MAGELLAN (33 600 PESSAC)                 |  |
| <input type="checkbox"/> SITE DE PESSAC ALOUETTE (33 600 PESSAC)                 |  |
| <input type="checkbox"/> SITE DE BLANQUEFORT (33 130 BLANQUEFORT)                |  |
| <input type="checkbox"/> ESAT BASSIN MEDOC                                       | <input type="checkbox"/> STP BASSIN MEDOC  |
| <input type="checkbox"/> SITE DE VILLAMBIS (33 250 CISSAC MEDOC)                 |  |
| <input type="checkbox"/> SITE D'AUDENGE (33 980 AUDENGE)                         |  |
| <input type="checkbox"/> ESAT LIBOURNAIS BLAYAIS                                 | <input type="checkbox"/> STP LIBOURNAIS BLAYAIS (UNIQUEMENT SITE BRAUD-ET-SAINT-LOUIS) |
| <input type="checkbox"/> SITE DE BRAUD-ET-SAINT-LOUIS (33 820 BRAUD ET ST LOUIS) |  |
| <input type="checkbox"/> SITE DE SAINT-DENIS-DE-PILE (33 910 ST DENIS DE PILE)   |  |
| <input type="checkbox"/> ESAT MONGAUZY (33 190 MONGAUZY)                         | <input type="checkbox"/> STP (SOJ) MONGAUZY  |

**Veillez retourner ce dossier complet (avec la copie de l'orientation MDPH) à le ou les établissement(s) concerné(s).**

**NOTE :** EN FONCTION DES PLACES DISPONIBLES, L'ADAPEI POURRA ETRE AMENEES A VOUS PROPOSER UN ETABLISSEMENT AUTRE QUE CELUI DE VOTRE CHOIX.

**INDIQUEZ LE CONTEXTE ET LES RAISONS DE LA DEMANDE D'ADMISSION :**

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

DEMANDE DE RAPPROCHEMENT GEOGRAPHIQUE.

.....

**ETES-VOUS DEJA TRAVAILLEUR DANS UN ESAT ?**       OUI       NON

Si Oui, Lequel ?

.....

**AVEZ-VOUS UNE AUTRE DEMANDE D'ADMISSION EN COURS DANS UN AUTRE ESAT ?**

**DE L'ADAPEI DE LA GIRONDE ?**       OUI       NON

**D'UNE AUTRE ASSOCIATION ?**       OUI       NON

Si Oui, Lequel ou lesquels ?

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

ATTENTION : Si vous venez à être admis dans un autre ESAT, nous vous remercions de nous en informer en annulant votre candidature par courrier ou téléphone.

**AVEZ-VOUS UNE DEMANDE D'ADMISSION EN COURS DANS UNE STRUCTURE D'HEBERGEMENT ?**

**DE L'ADAPEI DE LA GIRONDE ?**       OUI       NON

**D'UNE AUTRE ASSOCIATION ?**       OUI       NON

Si Oui, Laquelle ou lesquelles ?

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

.....  
.....

SI NON, AVEZ-VOUS LE PROJET DE FAIRE UNE DEMANDE DANS UNE STRUCTURE D'HEBERGEMENT ?

- OUI DANS 1 AN       OUI DANS 3 ANS       OUI DANS PLUS DE 5 ANS  
 NON       JE NE SAIS PAS

**POUR LES CANDIDATS EN ESAT UNIQUEMENT : PREVOYEZ-VOUS DE FAIRE UNE DEMANDE STP?**

- OUI DANS 1 AN       OUI DANS 3 ANS       OUI DANS PLUS DE 5 ANS  
 NON       JE NE SAIS PAS



**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
**(suite)**

**NOM DU CANDIDAT :** .....

**PRENOM :** .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Adresse personnelle de la personne handicapée :

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

Téléphone(s) : .....

.....  
.....

**SITUATION FAMILIALE :**

Préciser si la personne handicapée est mariée, vit en couple, a des enfants :

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

Préciser si le conjoint est déjà accueilli ou s'est porté candidat dans un établissement de l'ADAPEI de la Gironde. (quel établissement ?)

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

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

Une mesure de protection est-elle en place ?     Oui     Non     Demande en cours  
 Si « Oui » ou « Demande en cours », il s'agit d'une :

Tutelle     Curatelle renforcée     Curatelle simple     Sauvegarde de justice

Nom-Adresse-Téléphone du représentant légal :

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

Attention : En cas de réponse « Non », seule la personne handicapée peut remplir le dossier et le déposer. Une audition auprès de la commission d'admission pourra être envisagée afin d'évaluer cette capacité.

La commission se réserve le droit de surseoir à sa décision si aucune démarche de protection n'est entreprise le jour de la commission

**PERSONNE DE CONFIANCE**  
 (Art L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

**Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance librement (\*).**  
 La personne de confiance est consultée au cas où la personne handicapée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. Si la personne handicapée le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance peut être un parent, un proche, ou n'importe quel autre professionnel en qui la personne a confiance (ex : médecin traitant).

Si elle est désignée, Nom de la personne de confiance : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

(\*)Pour les personnes sous tutelle, et pour lesquels le juge a autorisé la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459 du code civil, il faut demander l'autorisation au juge de désigner une personne de confiance.

**AIDANT FAMILIAL**

Indiquer ici les coordonnées de la personne qui s'occupe habituellement de la personne handicapée, chez qui elle se rend régulièrement les WE ou vacances... (l'aidant familial indiqué peut être autre que les parents).

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....  
 .....  
 .....  
 .....

Tél. : .....

**DOMICILE DE SECOURS**  
 (Art L.122-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Pour une demande d'admission dans un **établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale**, indiquer ici le domicile de secours de la personne handicapée.

Les établissements concernés sont :

- les Foyers Occupationnels et le Centre Occupationnel de Jour (FO, COJ)
- les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)
- les Sections à Temps Partiel des ESAT (STP)
- les hébergements pour travailleurs d'ESAT (FH, UH, AptCo)

Adresse du domicile de secours:

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

Définition du domicile de secours:

Article L.122-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles : « Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours.

**SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE**

**MODE DE PRISE EN CHARGE ACTUEL DE LA PERSONNE HANDICAPEE:**

en établissement       à domicile       pas de prise en charge

Nom de l'établissement ou du service à domicile :  
.....  
.....

Type de l'établissement ou du service à domicile :.....  
.....

Adresse : .....  
.....

Tél. : .....

Depuis quand ? .....

**HEBERGEMENT ACTUEL DE LA PERSONNE HANDICAPEE (ADRESSE PERSONNELLE PAGE 3):**

en établissement      Nom de l'établissement (si différent de l'établissement qui  
accueille en journée) : .....  
Type d'établissement : .....

dans la famille      Nom :.....  
Lien de parenté : .....

en famille d'accueil      Nom :.....

autres, préciser : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Maison Départementale des Personnes Handicapées:**

N° de Dossier MDPH : .....

Orientations Indiquées par la M.D.P.H : (Pour chaque orientation en cours de validité, indiquer la nature, la date de décision et la date de fin de validité)

.....

.....

.....

.....

*(Veuillez joindre la photocopie de chaque notification d'orientation par la M.D.P.H)*

Percevez-vous l'AAH ?  Non  Oui, valable jusqu'au : .....

Percevez-vous la PCH ?  Non  Oui, valable jusqu'au : .....

Type de PCH : .....

Avez-vous une carte d'invalidité ?  Non  Oui, valable jusqu'au : .....

**Sécurité Sociale :**     CPAM     MSA

Nom de l'assuré : .....

N° Immatriculation : .....

Adresse de la caisse : .....

.....

**Mutuelle:**     Oui     Non

Nom de l'Adhérent : .....

N° Adhérent : .....

Adresse de la mutuelle: .....

.....

**Allocations :**     CAF     MSA

Nom de l'Allocataire : .....

N° d'Allocataire : .....

Adresse de la caisse : .....

.....



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

**PERE** : Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
  
Tél. : .....

**MERE** : Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
  
Tél. : .....

A QUELLES CAISSES DE RETRAITE/PREVOYANCE/MUTUELLE LES PARENTS COTISENT ou ONT COTISE ?

Précisez pour chacune, nom, adresse et votre numéro d'adhérent

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

**FRATRIE** :

NOM Prénom	Date de naissance	Situation familiale/enfants	Profession	Adresse et téléphone

**PARCOURS DE LA PERSONNE DEPUIS SA NAISSANCE**

**Pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé.** (Si la page proposée pour chaque période n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre).

**Période de 0 à 5 ans (Etablissements pour enfants):**

Evénements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement :

**Période de 6 à 14 ans (Etablissements pour enfants):**

Evénements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement :

**Période après 14 ans (Etablissements pour adolescents):**

Evénements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement :

**Age adulte (établissements pour adultes ou emplois):**

Evénements importants :
-------------------------

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement ou d'emploi	Lieu d'hébergement :



**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
**ESAT/STP**  
**(suite)**

**ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**Q1/ Savez-vous lire ? :**

- oui             non

**Q2/ Savez-vous écrire ? :**

- oui             non

**Q3/ Savez-vous compter? :**

- oui             non

**Q4/ Savez-vous calculer? :**

- oui             non

**Complété par :**

Candidat	Famille ou représentant légal	Professionnel
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
	Lien de parenté :	Fonction :
		Etablissement :

**BESOINS**

**Joindre le dernier Projet Personnalisé élaboré en établissement.  
 Joindre le dernier rapport de Stage.  
 Joindre également l'ensemble des Grilles d'Evaluation des Compétences.**

Si la personne handicapée est déjà accueillie dans un autre établissement de l'ADAPEI, indiquez obligatoirement les résultats des évaluations successives :

<b>ROCS :</b>		
à la date du :		

**ATTENTES**

**Dans quel type d'activités professionnelles souhaitez-vous travailler ?**

**Quelles activités personnelles pratiquez-vous habituellement ?**



**Quelles sont les activités personnelles (habituelles ou nouvelles) qui seront souhaitées ?**

**Autres attentes et souhaits à prendre en compte pour l'élaboration du Projet Personnalisé d'accompagnement ?**

**PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE**

Pièces administratives :	
	Photocopies des orientations MDPH. en cours de validité
	Le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la MDPH
	Photocopie de l'attestation AAH
	Photocopie recto/verso de la Carte d'Invalidité
	Photocopie de l'attestation PCH
	Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité de la personne handicapée
	Photocopie complète du livret de famille
	Photocopie complète du jugement de Tutelle
	Photocopie de l'attestation Sécurité Sociale (ou MSA) qui couvre la personne handicapée
	Photocopie de la Carte de mutuelle de la personne handicapée
	1 photographie d'identité récente
Pièces liées à l'accompagnement :	
	Copie du dernier Projet Personnalisé
	Grilles d'évaluations des compétences
	Rapport social
	Bilan éducatif
	Bilan psychologique
	Dossier médical sous enveloppe cachetée
	Rapport de stage (pour les ESAT)
	Curriculum vitae (pour les ESAT)

Si vous avez besoin de précisions ou d'aide pour rassembler certains documents, n'hésitez pas à contacter l'établissement.

**Signatures des personnes qui déposent le dossier de candidature:**

Personne handicapée :	Représentant légal :	
Date :	Date :	
Nom :	Nom :	
Signature :	Signature :	
Personne de confiance si elle est désignée :	Famille :	Professionnel qui a aidé à constituer le dossier :
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Lien de parenté :	Fonction :
	Signature :	Etablissement :
		Signature :



**SOUS-DOSSIER DE CANDIDATURE**  
**Dossier Médical**

<p><b><u>NOM :</u></b></p> <p><b><u>PRENOM :</u></b></p>
--

**DOSSIER MÉDICAL**

**Cette fiche doit être remplie par un médecin (médecin traitant ou d'établissement).  
Elle doit être jointe au reste du dossier de candidature sous enveloppe cachetée pour être  
transmise au médecin de la commission d'admission.**

**Complété par :**

Médecin
Date :
Nom et cachet du médecin:
Etablissement :

-----  
**I. MEDECINS QUI SUIVENT HABITUELLEMENT LA PERSONNE :**

Nom et coordonnées du médecin traitant :

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

Noms, spécialités et coordonnées des spécialistes :  
(cardiologue, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue, gynécologue, dentiste...)

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

**II. ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :**

1) A la naissance

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

2) Dans l'enfance et l'adolescence :

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

**III. PATHOLOGIE PRINCIPALE :**

La pathologie principale, celle qui est à l'origine du handicap, doit être indiquée par un chiffre « 1 ». Une 2<sup>nd</sup>e pathologie peut être indiquée par un chiffre « 2 ».

<input type="checkbox"/> Autisme et autres Troubles Envahissants du Développement
<input type="checkbox"/> Psychose Infantile
<input type="checkbox"/> Autre psychose (survenue à l'adolescence)
<input type="checkbox"/> Trisomie et autres aberrations chromosomiques
<input type="checkbox"/> Accidents périnataux
<input type="checkbox"/> Trauma-craniens et autres lésions cérébrales
<input type="checkbox"/> Autres pathologies génétiques connues. Préciser : .....
<input type="checkbox"/> Autres pathologies. Préciser : .....
<input type="checkbox"/> Pathologie inconnue

<b>Code CIM 10 :</b> .....
----------------------------

1) Diagnostic et description détaillée du handicap :

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

2) Résultats détaillés des principaux examens complémentaires pratiqués :

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

3) Traitement (joindre copie de la dernière ordonnance) :

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

Contraception :

.....  
.....

Régime :

.....  
.....

4) Autres pathologies présentes :

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

5) Si la personne a été hospitalisée depuis moins de six mois, dans quel service ?

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

Motifs de l'hospitalisation :

.....

6) Le handicap est-il évolutif?

Stabilisé?

IV. DEFICIENCES PRINCIPALE ET ASSOCIEES :

**Déficience Principale** ( 1 seul choix possible)

La déficience principale est celle qui apparaît la plus invalidante.

***Déficiences Intellectuelles***

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental moyen
- Retard mental léger
- Autres déficiences de l'intelligence

***Déficiences du psychisme***

- Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)
- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves
- Autres déficiences du psychisme

***Déficience du langage et de la parole***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Déficience auditive***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Déficience visuelle***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Déficience Motrice***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Polyhandicap (déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante)***

***Plurihandicap (associe plusieurs déficiences de même gravité)***

**Déficiences Associées**

***Déficiences Intellectuelles***

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental moyen
- Retard mental léger
- Autres déficiences de l'intelligence

***Déficiences du psychisme***

- Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)
- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves
- Autres déficiences du psychisme

***Déficiences du langage et de la parole***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Déficiences auditives***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Déficiences visuelles***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Déficiences motrices***      ***Préciser laquelle ? .....***

***Autres déficiences***      ***Préciser laquelle ? .....***