



## DOSSIER DE CANDIDATURE

### Foyers Occupationnels et Centre Occupationnel de Jour

<b><u>NOM :</u></b>	
<b><u>PRENOM :</u></b>	
(zone réservée à l'établissement) <b>Tampon de l'établissement qui réceptionne:</b>	(zone réservée à l'établissement) <b>Date de réception:</b>

### DEMANDE D'ADMISSION

**Indiquez votre ordre de préférence par un numéro dans la case des établissements auprès desquels vous souhaitez candidater.**

CENTRE OCCUPATIONNEL DE JOUR « CENTRE D'ACTIVITE DU PARC » (*externat uniquement*)  
31 rue de l'Ecole Normale, 33 200 BORDEAUX

FOYER OCCUPATIONNEL DE GUJAN-MESTRAS (*internat ou externat*)  
Allée des Corsaires, 33 470 GUJAN MESTRAS

FOYER OCCUPATIONNEL DE MARTIGNAS-SUR-JALLE (*internat ou externat*)  
Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 33 127 MARTIGNAS SUR JALLE

FOYER OCCUPATIONNEL DE SAINT MICHEL DE RIEUFRET (*internat uniquement*)  
Route d'Illats, 33 720 SAINT MICHEL DE RIEUFRET

FOYER OCCUPATIONNEL DE CESTAS (*internat ou externat*)  
Chemin du Biala, 33 610 CESTAS

FOYER OCCUPATIONNEL DE LA REOLE (*internat ou externat*)  
10 chemin de Peyrefitte, 33190 LA REOLE

FOYER OCCUPATIONNEL DE SAINT-HILAIRE-DE-LA-NOAILLE (*internat uniquement*)  
Lieu-dit « L'Auvergne », 33190 SAINT-HILAIRE-DE-LA-NOAILLE

**DOSSIER COMPLET à retourner par courrier aux établissements souhaités.**

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

**TYPE DE DEMANDE D'ADMISSION :**

- INTERNAT.
- EXTERNAT.
- EXTERNAT DANS L'ATTENTE D'UNE PLACE EN INTERNAT.
- ACCUEIL TEMPORAIRE.
- ACCUEIL TEMPORAIRE DANS L'ATTENTE D'UNE PLACE EN INTERNAT.
- ACCUEIL TEMPORAIRE DANS L'ATTENTE D'UNE PLACE EN EXTERNAT.

L'accueil en internat n'est pas proposé au Centre d'Activité du Parc.

L'accueil en externat n'est pas proposé sur les foyers de St Michel de Rieufret et de Saint-Hilaire-de-la-Noaille.

L'accueil temporaire n'est pas proposé au Centre d'Activité du Parc, ni sur les foyers de La Réole et de Saint-Hilaire-de-la-Noaille.

**POUVEZ-VOUS EXPLIQUER POURQUOI CE CHOIX ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VOTRE DEMANDE EST-ELLE FAITE DANS LE CADRE D'UN RAPPROCHEMENT GEOGRAPHIQUE ?**  
**POUVEZ-VOUS DETAILLER ?**

.....

.....

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

DE L'ADAPEI DE LA GIRONDE ?     OUI     NON

D'UNE AUTRE ASSOCIATION ?     OUI     NON

Si Oui, Laquelle ou lesquelles ?

.....

.....



## 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 : .....

.....



**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 événements 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):**

Événements importants :

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



## DOSSIER DE CANDIDATURE (suite)

### ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**Q1/ La personne est capable de se déplacer seul(e) à l'extérieur de l'établissement :**

- à pieds       à vélo       à mobylette/scooter       en transports en communs  
 en voiturette       en voiture       non

**Q2/ La personne est capable de se déplacer seul(e) dans l'enceinte de l'établissement ou de la maison :**

- à pieds       à vélo       non

**Q3/ Quotidiennement, elle :**

- reconnaît les pièces de monnaie et les billets en euros  
 sait manipuler les pièces de monnaie et billets en euros  
 gère seul(e) votre argent de poche  
 utilise une carte de retrait  
 est capable de réaliser seul(e) un achat simple  
 gère seul(e) l'ensemble de ses dépenses

**Q4/ Pour les repas,**

**Elle mange:**

- seul(e)       seul(e) sous surveillance       avec aide

**Elle sait préparer ses repas:**

- seul(e)       avec aide       non

**Elle fait ses courses:**

- seul(e)       avec aide       non

**Q5/ Pour le ménage,**

**Elle sait entretenir sa chambre:**

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

**Elle sait entretenir son linge:**

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

**Elle sait participer à l'entretien des espaces de vie communs:**

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

**Q6/ Pour la toilette,**

**Elle assure son hygiène corporelle:**

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide partielle    avec aide totale

**Elle s'habille:**

- seul(e)    avec aide partielle    avec aide totale

**Elle est incontinente:**

- de jour    de nuit    non

**Q7/ Pour communiquer, elle :**

- comprend tous les messages
- comprend les messages simples
- n'a aucune compréhension
- s'exprime de manière cohérente
- répond à des messages simples
- n'a aucune expression orale
- sait donner l'alerte
- utilise des supports matériels (objets, images...)

**Q8/ La personne sait téléphoner seule avec**

- un téléphone portable    avec un portable fixe    non

**Evaluation faite par (compléter la case qui convient) :**

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.**

**ATTENTES**

<b>Quelles activités ou sorties sont pratiquées habituellement ?</b>
En autonomie :
En établissement :
En famille :

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

Demandes de la personne :

Demandes de la famille :

**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

**Code CIM 10 :**.....

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 ? .....***