

Date de la demande :

Inscription en structures d'aide par le travail pour personnes adultes handicapées

*Atelier alterné • Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
ESAT avec hébergement • ESAT avec un service d'accompagnement à la vie sociale*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire en structure d'aide par le travail pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services finistériens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux structures d'aide par le travail concernées par votre démarche d'inscription.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements de votre choix afin de faciliter votre inscription.

État civil

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le

Commune de naissance : Code postal

Situation de famille (*cocher la case correspondante*) : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)
Pacte civil Concubinage Veuf/veuve

COORDONNÉES

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel :@.....

Modalités d'accueil sollicitées

MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE (cocher la case correspondante) :

- Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- ESAT avec hébergement individuel (ESAT-UVE)
- ESAT avec hébergement collectif (ESAT- Foyer d'Hébergement)
- ESAT avec atelier alterné (ESAT-AA)
- ESAT avec service d'accompagnement à la vie sociale (ESAT-SAVS)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) **auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :**

Atelier souhaité

Nous attirons votre attention sur le fait que les ateliers mentionnés ci-dessous ne sont pas proposés par tous les ESAT. Vous pouvez contacter l'ESAT de votre choix avant de vous prononcer sur un atelier et de définir un ordre de priorité chiffré.

À COCHER	ATELIER	PRIORITÉ (1,2,3...)
	Espaces verts	
	Menuiserie	
	Mobilier de jardin	
	Palettes / Caisses	
	Papeterie / Cartonnerie	
	Bois de chauffage	
	Maraîchage / Floriculture	
	Agro-alimentaire	
	Elevage	
	Restauration / Hôtellerie	
	Bâtiment / Peinture	
	Blanchisserie / Textile	
	Mécanique / Métallurgie	
	Artisanat	
	Multimédia	
	Imprimerie / Sérigraphie	

À COCHER	ATELIER	PRIORITÉ (1,2,3...)
	Gravure	
	Prestations aux entreprises	
	Sous-traitance	
	Tri du papier / Recyclage des déchets	
	Cidrerie	
	Filets	
	Théâtre	
	Centre équestre	
	Autre (préciser) :	
	Ne sais pas	

SITUATION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :

- Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Mandataire
 Sauvegarde de justice Sans régime de protection En cours

Représentant légal (le cas échéant) :

Qualité :

Adresse :

Ville : Code postal [][][][][]

Téléphone : [][][][][][][][][][] ou [][][][][][][][][][]

Courriel :@

Décision de la CDAPH

ORIENTATION (cocher la case correspondante) :

- ESAT
ESAT avec foyer d'hébergement : oui non
ESAT avec SAVS : oui non

Numéro de dossier :

Date de la décision [][][][][][][][][][]

Date d'effet de la décision [][][][][][][][][][]

Date de fin de la décision [][][][][][][][][][]

Demande rédigée par (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Lien avec la personne concernée par la demande (préciser, le cas échéant)

Membre de la famille :

Représentant légal :

Autre :

Personne à contacter (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Renseignements administratifs

N° de sécurité sociale :

Organisme :

N° allocation prestations familiales :

Organisme :

Carte d'invalidité : oui non

Date de fin de validité :

Votre situation actuelle

Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière :

Depuis le

En établissement (IME, Foyer de vie ...) :

Depuis le

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) :

Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone :

Motivations de la demande

Cette demande est liée à (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) :

Délai souhaité

Immédiat

De 1 à 6 mois

Supérieur à 6 mois

Observations éventuelles du demandeur (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours de vie

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (Durée, niveau, diplômes...) :

Stages (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

Emplois précédents (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

Hospitalisation ou accueil en établissement antérieur :

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



Vos attentes

Quels sont vos centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés... ?

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

Un curriculum vitae ainsi que le(s) bilan(s) de stage(s) pourront être joints à votre demande d'inscription.

Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accueil en structure de travail (Merci de cocher les cases correspondantes).

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

VIE DOMESTIQUE ET COURANTE	OUI	NON	SEUL	ACCOMPAGNÉ
Gérer son traitement				
Assurer son hygiène corporelle				
Faire ses courses				
Préparer un repas simple				
Entretien du linge, vêtements...				
Faire son ménage				
Gérer son budget				
Gestion du réveil, être ponctuel				
Participation à des activités (sportives, culturelles, sorties...)				

VEILLE DE NUIT	OUI	NON
Besoin d'une veille de nuit		

RÉGIME ALIMENTAIRE	OUI	NON	PRÉCISER (Le cas échéant)
Régime alimentaire			
Texture particulière			

FONCTIONS SENSORIELLES	BONNE	MOYENNE	MAUVAISE
Ouïe			
Vue			

Appareillage

- Canne Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
 Orthèse ou prothèse Appareil auditif
 Autre (préciser) :

Observations complémentaires

Vos réactions ou votre comportement vous semblent-ils toujours appropriés à la situation (vie sociale, vie collective, relation aux autres...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :
Département du Finistère - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
32 Boulevard Dupleix - CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le / / à

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)

DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION POUR PERSONNES HANDICAPÉES

(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	

ORIGINE DU HANDICAP	

MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	
Prénom :	
Commune :	
N° de Téléphone :	
Courriel :	

TRAITEMENT(S) EN COURS	
Soins cutanés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	
Rééducation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
	ALD
Allergies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
CHIRURGICAUX	
PSYCHIATRIQUES	

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

ALIMENTATION

	OUI	NON
Régime alimentaire		
Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausse routes		
Autres :		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

--

CONDUITE À RISQUE

Alcool :
Tabac :
Autres :

SOINS TECHNIQUES

--

MÉDECINS SPÉCIALISTES

Nom / Prénom	Spécialité

VACCINATIONS

Anti-tétanique - DTP
Anti-pneumococcique
Anti-grippal
Autres :

**DATE ET SIGNATURE
DU MÉDECIN QUI
RENSEIGNE LE DOSSIER**
(Cachet obligatoire)

TAILLE**POIDS**