

DOSSIER DE CANDIDATURE

A retourner **COMPLET** par mail ou par courrier aux adresses suivantes :

- Pour l'ESAT : ass.cdno-esat@univi.fr

A l'attention de l'Assistante sociale, ESAT

Le Clos du Nid de l'Oise/UNIVI Handicap

3 Grande Rue – Hameau du Tillet - 60660 CIRES LES MELLO

- Pour l'Hébergement et le SAVS : ass.cdno-ch@univi.fr

A l'attention de l'Assistante Sociale, Complexe Habitat

Le Clos du Nid de l'Oise/UNIVI Handicap

38 Rue Roger Salengro - 60660 CRAMOISY

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Age : ans

☐ Femme

☐ Homme

Qualité : ☐ Externe

☐ Interne

Souhait(s) d'atelier(s) :

(Merci de préciser vos choix par ① et ②)

☐ Blanchisserie

☐ Espaces verts

☐ Sous-traitance

Cuisine :

☐ Self

☐ Boulangerie

☐ Pâtisserie

☐ Production froide

☐ Production chaude

☐ Réception de marchandises

Bâtiment :

☐ Menuiserie

☐ Maçonnerie

☐ Maintenance (plomberie/électricité)

☐ Peinture

Si demande d'hébergement ou SAVS

Souhait(s) d'établissement ou de service d'accompagnement :

☐ Résidence Paul Hecquet – Site de Cramoisy à Cramoisy

☐ Résidence Paul Hecquet – Site du Tillet à Cires Les Mello

☐ Habitats Inclusifs – Résidences Cousteau et Souville à Mouy

☐ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

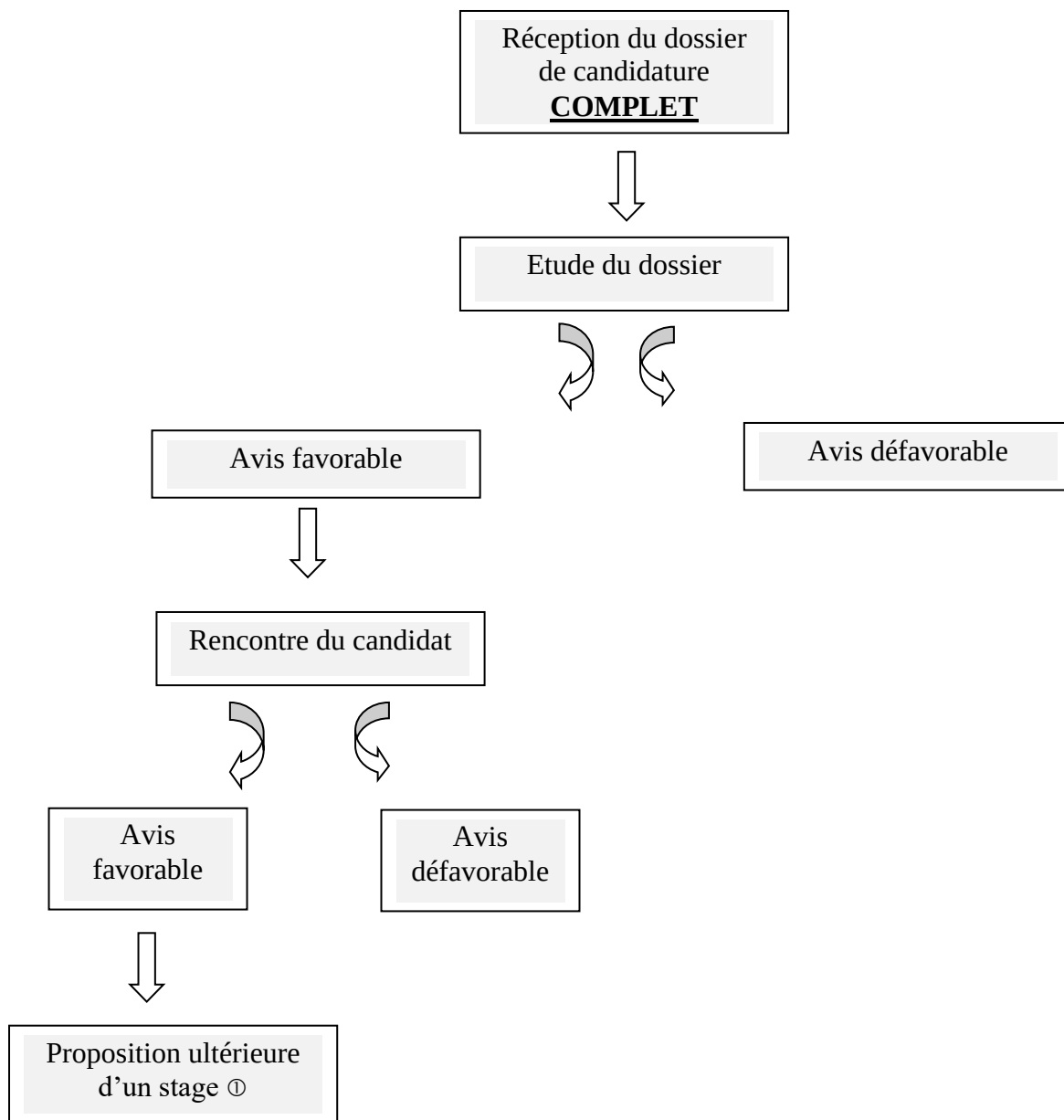
DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT



Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

- ☐ Lettre de motivation
- ☐ C.V.
- ☐ Photocopie de la carte d'identité
- ☐ Photocopie du livret de famille
- ☐ Notification R.Q.T.H.
- ☐ Notification d'orientation professionnelle en E.S.A.T. (si en votre possession)
- ☐ Notification d'orientation en Foyer d'Hébergement (si demande d'hébergement)
- ☐ Notification d'orientation vers le SAVS (si demande de SAVS)
- ☐ Notification d'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés
- ☐ Photocopie du jugement de mesure de protection (si mesure de protection)
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance de responsabilité civile
- ☐ Dossier médical dûment complété et un(e) :
 - Bilan psychologique (avec anamnèse/histoire de vie) ou psychiatrique de moins d'un an
 - Photocopie de l'ordonnance du traitement en cours
 - Photocopie du carnet de vaccinations
 - Photocopie de l'attestation de la carte vitale du candidat
 - Photocopie de la carte mutuelle
- ☐ Rapport éducatif de moins d'un an
- ☐ Photocopie du dernier projet personnalisé
- ☐ Bilan(s) de stage(s) réalisé(s) en ESAT
- ☐ Bilan(s) de stage(s) réalisé(s) en Foyer d'Hébergement

PROCEDURE



Durée du stage :

- Sans notification d'orientation professionnelle en E.S.A.T.
(et Foyer d'Hébergement si demandé) : 2 semaines de stage
- Avec notification d'orientation professionnelle en E.S.A.T.
(et Foyer d'Hébergement si demandé) : 4 semaines de stage

Dans le cadre de la double notification délivrée par la MDA (ESAT et FH) , un refus d'admission en ESAT impliquera nécessairement un refus d'admission au foyer d'hébergement.

① Selon les disponibilités au sein du (des) atelier(s) demandé(s)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Vous vivez actuellement :
☐ Chez vos parents ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En établissement
☐ Autre, précisez :

Adresse :
.....

N° Téléphone fixe : N° Téléphone portable :

Adresse mail :

N° de Sécurité Sociale (ou de l'ayant droit pour les moins de 20 ans) :

Mutuelle : Numéro d'adhérent :

Date de notification de l'avis C.D.A.P.H :

Notification d'orientation E.S.A.T. valable jusqu'au :

Notification d'orientation d'hébergement valable jusqu'au :

Date de la décision de l'Allocation Adulte Handicapé :

Numéro d'allocataire :

Domicile de secours :
(Adresse des parents lors du premier placement en établissement spécialisé)

MESURE DE PROTECTION

Avez-vous une mesure de protection ?
☐ Oui ☐ Non ☐ En cours (date de dépôt de la demande : .../... /.....)

Type de la mesure : ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle aménagée ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

Nom et Prénom de la personne nommée :

Organisme : Adresse :
.....

N° de téléphone : Adresse mail :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom et Prénom	PERE	MERE
Situation familiale (marié, divorcé, séparé...)		
Adresse postale		
N° de téléphone		
Adresse mail		

FRATRIE	
Nom et Prénom	Date de naissance

Votre situation familiale :

- Vous vivez en couple : ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, vous êtes : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale

- Vos enfants :

Nom et Prénom	Date de naissance	Scolarité	Mode de garde

VOTRE PARCOURS

SCOLAIRE			
Année	Classe	Noms et villes des établissements fréquentés	Diplômes obtenus

PROFESSIONNEL		
Année / Durée	Poste occupé	Noms et villes des établissements / entreprises fréquentés

Apprenons à mieux vous connaître ...

Avez-vous un trouble ...	☐ visuel ☐ auditif ☐ verbal ☐ moteur ☐ de la concentration ☐ de la mémoire ☐ de l'attention ☐ autre :		
<u>Communication / compréhension</u>	Oui	Non	Observations
Comprenez-vous et savez-vous vous faire comprendre lors d'un échange verbal ?			
Etes-vous capable de mener une conversation ?			
Demandez-vous facilement de l'aide en cas d'incompréhension ou de difficulté ?			
Comprenez-vous et appliquez-vous ...	☐ les consignes simples (une action à la fois) ☐ les consignes complexes (plusieurs actions dans une consigne)		
Savez-vous utiliser un téléphone portable ?			
Savez-vous utiliser un ordinateur ?			
Savez-vous utiliser internet ?			

<u>Compétences scolaires</u>	Oui	Non	Observations
Savez-vous lire ?			
Savez-vous écrire ?			
Savez-vous compter ?			Jusqu'à :
Savez-vous recopier des mots ?			

<u>Vie quotidienne, sociale et culturelle</u>	Oui	Non	Observations
Vous habillez-vous de manière adaptée (météo, conditions de travail, évènements, ...) ?			
Entretenez-vous votre linge ?			
Savez-vous entretenir votre espace privé ?			
Savez-vous cuisiner un repas simple ?			
Acceptez-vous les règles de la vie en collectivité ?			
Entretenez-vous des relations sociales (familiales, amicales, ...) ?			
Pratiquez-vous un culte ?			
Avez-vous un régime alimentaire spécifique ?			
Utilisez-vous les écrans/ réseaux sociaux ? Si oui, à quelle fréquence ?			

<u>Hygiène de vie et santé</u>	Oui	Non	Observations
Vous souciez-vous de votre apparence ?			
Consommez-vous du tabac ?			
Etes-vous autonome dans les actes de la vie quotidienne (toilette, coiffage, rasage, ...) ?			
Veillez-vous à votre sommeil, à votre repos, à vous détendre ?			
Avez-vous une alimentation équilibrée ?			
Connaissez-vous et avez-vous conscience de vos problèmes de santé ?			
Prenez-vous vos RDV médicaux et/ou paramédicaux seul ?			
Etes-vous autonome en consultation ?			
Etes-vous capable de suivre une prescription médicale (pharmacie, restitution équipe, prise de traitement) ?			

<u>Se repérer, se déplacer</u>	Oui	Non	Observations
Vous repérez-vous dans le temps (journée, temps forts, jour, nuit, heures, semaines, mois, année) ?			
Vous repérez-vous dans un espace connu ?			
Vous repérez-vous dans un espace inconnu ?			
Utilisez-vous un transport public (train, métro, taxi, transport adapté "TIVA", avion) ?			
Utilisez-vous un transport personnel (voiture, scooter, voiturette, vélo, marche à pied) ?			
Nécessitez-vous d'une aide pour vous déplacer ?	☐ canne ☐ béquilles ☐ déambulateur ☐ fauteuil ☐ autre :		

<u>Gestion du budget</u>	Oui	Non	Observations
Avez-vous une carte bancaire ?			
Savez-vous reconnaître les pièces et billets et leur valeur monétaire ?			
Savez-vous gérer votre budget en fonction de vos besoins ?			

Vos Loisirs :

.....
.....

Vos projets d'avenir :

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

AVEZ-VOUS D'AUTRES CANDIDATURES EN COURS ?

En E.S.A.T. : Si oui, lequel(s) :

.....
.....

En Hébergement : Si oui, lequel(s) :

.....
.....

PERSONNE AYANT REMPLI LE DOSSIER OU VOUS AYANT AIDE

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Adresse mail : N° de téléphone :

Dossier rempli le : ... / ... /