auperas

ESAT et EANM Foyer d'hébergement

PHOTO OBLIGATOIRE

DOSSIER D'ADMISSION (en complément du dossier de stage)

Merci de bien vouloir remplir ce document, de le retourner à l'adresse ci-dessous ou de le remettre au secrétariat de l'ESAT le jour de l'admission.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

.....

RENSEIGNEMENTS EDUCATIFS

HISTOIRE DE VIE

En famille : du...../...../..... au ...../...../.....
du...../...../..... au ...../...../.....
du...../...../..... au ...../...../.....

En famille d'accueil : du...../...../..... au ...../...../.....
du...../...../..... au ...../...../.....
du...../...../..... au ...../...../.....

Avec quels membres de la famille la personne entretient-elle des relations régulières ou à contrario aucunes relations ?

.....

.....

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

En établissement :

NOM ET ADRESSE	PERIODE
-	du...../...../..... au ...../...../.....
-	du...../...../..... au ...../...../.....
-	du...../...../..... au ...../...../.....
-	du...../...../..... au ...../...../.....
-	du...../...../..... au ...../...../.....

Remarques :.....

.....

.....

.....

.....

.....

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

Informations éducatives complémentaires :

Complété par :

Le :

Signature :

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

DOSSIER MEDICAL

A remettre sous pli confidentiel (complète le dossier de stage)

Nom :.....

Prénom :.....

Taille :..... Poids :.....

Groupe sanguin :.....

Personne de confiance en cas de transfert en établissement sanitaire *(art L1111-6 code de la santé publique)* **:**

Nom :..... Prénom :.....

Adresse :.....

.....

N°de téléphone :..... N° de portable :.....

Mail :.....

ANTECEDENTS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

HOSPITALISATIONS		
DATE	**LIEU**	**OBJET**
Du..... Au.....		
Du..... Au.....		
Du..... Au.....		
Du..... Au.....		
Du..... Au.....		

INTERVENTIONS CHIRURGICALES	
Réalisées	**A prévoir**

VACCINATIONS	
TYPES	**DATE DU DERNIER RAPPEL**

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

Addictions :

La personne a-t-elle des problèmes d'addictions ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, bénéficie-t-elle d'une aide et laquelle ?

.....

.....

Etat psychique actuel : (si suivi- nom du médecin et adresse)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Troubles du comportement :

☐ OUI ☐ NON

Observations éventuelles :.....

.....

.....

.....

Gynécologie :

.....

.....

.....

.....

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

Dermatologie :

.....

.....

.....

.....

ORL :

Appareillage : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels : .....

.....

.....

.....

Dentaire :

.....

.....

.....

.....

Séances de kiné :

.....

.....

.....

.....

Dossier rempli par :.....

Le :.....

CACHET :

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

LISTE DES DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A FOURNIR LORS DE L'ADMISSION

Dossier d'admission	
Si tutélaire d'une carte d'invalidité : copie de la carte	
Copie du livret de famille	
Attestation responsabilité civile vie privée	
Si mesure de protection : copie de l'ordonnance du jugement	
Copie de la notification AAH	
Copie attestation d'allocataire CAF	
Relevé d'identité bancaire ou postal	
Derniers bilans éducatifs / Projets personnalisés	

*Si la demande d'orientation est en cours et que vous n'avez pas la notification CDAPH, le préciser :

DOCUMENTS A FOURNIR SOUS PLI CONFIDENTIEL :

Dossier médical	
Ordonnance de traitement en cours	
Carnet de vaccinations	

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

auperas

ESAT

PHOTO OBLIGATOIRE

DOSSIER STAGE

Merci de bien vouloir remplir ce document, de le retourner à l'adresse ci-dessous ou de le remettre au secrétariat de l'ESAT le jour de la visite de présentation.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etat civil

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

Renseignements familiaux

Nom/Prénom Parents :.....

Ou autre (famille d'accueil, beaux-parents, etc...) :.....

Téléphone :.....

Adresse :.....

.....

Provenance

La personne vient :

☐ IME ☐ Autre ESAT ☐ MDPH (MISPE,...) ☐ Autre

Précisez (Nom de la structure, Adresse, Téléphone):

.....

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

Hébergement

La personne réside la semaine dans un logement :

☐ En autonomie ☐ En famille ☐ En institution ☐ En foyer

Adresse :.....

Téléphone :.....

Si l'hébergement le week-end est diffèrent de la semaine, le préciser :

.....

La personne demande un stage avec hébergement :

☐ Oui ☐ Non

Protection juridique

Mesure de protection :

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours. Date du dépôt de la demande :.....

Type :

☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Autres, préciser : .....

Nom/Prénom du représentant légal :.....

Adresse : .....

Mobilité

Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, possédez-vous une voiture : ☐ Oui ☐ Non

Voiture sans permis : ☐ Oui ☐ Non

Autre moyen de locomotion : .....

ESAT : Atelier souhaité

☐ Espaces verts ☐ Mécanique ☐ Hygiène des locaux

☐ Sous-traitance ☐ Peinture-décapage ☐ Blanchisserie

Objectif du stage :

.....

.....

.....

Souhaits et attentes de la personne :

.....

.....

.....

S'il y a admission, un document complémentaire devra être complété.

Complété par :

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS EDUCATIFS

La personne a-t-elle déjà fait un stage avec hébergement ?

☐ Oui ☐ Non

Renseignements d'ordre scolaire

Sait lire :	☐ Oui	☐ Partiellement	☐ Non
Sait écrire :	☐ Oui	☐ Partiellement	☐ Non
Sait compter :	☐ Oui	☐ Partiellement	☐ Non
Sait lire l'heure :	☐ Oui		☐ Non

Vie quotidienne

Notion d'hygiène corporelle :

☐ Oui ☐ Non

Autonomie pour la toilette :

☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Sur stimulation

Sommeil :

☐ Normal ☐ Difficile (Problème d'endormissement)

Le lever :

☐ Seul ☐ Sur stimulation

Adaptation sociale / relations sociales :

☐ Contact facile ☐ Difficile

Observations :

.....

.....

Gestion financière :

☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide

Observations :

.....

.....

Autres renseignements si nécessaire

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

auperas

ESAT

DOSSIER MEDICAL

A remettre sous pli confidentiel.

Stagiaire

Nom : .....

Prénom : .....

Renseignement d'ordre médical

Traitement en cours : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, prend son traitement seul : ☐ Oui ☐ Non

Observation : .....

Diagnostic psychiatrique (pathologie) : .....

Suivi psychologique au sein de l'institution : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fréquence du suivi : .....

Contre-indication / Allergies (médicamenteuses ou alimentaires):

☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles : .....

Régime : ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel : .....

Moyen de contraception : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel : .....

En cas de prise de médicament et/ou régime joindre une copie de la prescription médicale.

Joindre également une photocopie de la carte vitale, mutuelle et attestation de sécurité sociale.

Nom du médecin traitant : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

Personne à prévenir en cas d'accident : .....

.....

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr

auperas

ESAT

LISTE DES DOCUMENTS A APPORTER LORS DU STAGE

Dossier de stage	
Photocopie de la carte d'identité lisible recto verso	
Photocopie carte vitale ou attestation de Sécurité Sociale et mutuelle	
Photocopie notifications d'orientations CDAPH *	
Photocopie de la carte grise et de l'assurance si la personne a le permis	
Bilans de stages réalisés	
Bilans éducatifs / Projets personnalisés	

* Si la demande d'orientation est en cours et que vous n'avez pas la notification CDAPH, le préciser :

5, Route de Tours-sur-Meymont, 63590 CUNLHAT
Tél. : 04 73 72 20 50 - Fax : 04 73 72 28 49 - Courriel : administration@auperas.fr