



Apei de CAVAILLON

868 avenue de Cheval-Blanc

BP 20066

84302 CAVAILLON Cedex

Tel: 04 90 06 44 70 / Fax: 04 90 06 44 77

association@apeidecavillon.fr

Dossier de candidature

(cocher l'établissement souhaité) :

ESAT Atelier du Luberon

Service d'Accueil de Jour

Foyer d'Hébergement Mario Vischetti *

SAVS

* pour les personnes ayant une orientation en ESAT également

1 - Renseignements concernant la personne

Nom :

Prénom :

Photo
d'identité

Adresse personnelle :

Téléphone : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Téléphone portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Adresse courriel :@.....

Sexe : homme femme

Date et lieu de naissance : à

Situation familiale:

Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Vie maritale autre

Nombre d'enfants:

2- Personne chargée du dossier

Nom -Prénom :

Adresse :

Téléphone: _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Téléphone portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Adresse courriel :@.....

Cette demande est-elle déposée en accord avec le candidat ? oui non
Si non, pour quelle(s) raisons) ?.....

3– Renseignements administratifs

Taux d’invalidité : N° carte:
N° sécurité social : | | | | | | | | | | | | | |

N° CDAPH:
Date de notification CDAPH :
N°CAF:

Taux d’invalidité: N° carte:
N° matricule CPM
N° sécurité sociale :
Centre de paiement :

Mesure de protection :
 tutelle,
 curatelle,
 curatelle renforcée
 ou autre. Spécifiez :

Merci de joindre une copie du jugement

Nom du tuteur :
Le tuteur est : (noter le lien familial)
Association :
.....

Adresse tuteur :
.....
Numéro tél :

Personne à contacter : (entourage proche ou famille) dans le cadre de l’admission ou en cas d’urgence :

Nom et adresse :

Tél : (fixe et portable)
Adresse mail

Qualité :

Si demande de candidature au Foyer Mario Vischetti ou SAJ :

Personne(s) susceptible(s) de recevoir la personne pour les fins de semaine et vacances :
Nom, adresse et tel :
.....
.....

Rythme:
 Toutes les fins de semaine
 Un week-end sur deux
 Une foi par mois
 Autre :

4-Vie sociale

Historique du parcours social :

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

Situation actuelle :

.....
.....

Relation avec la famille :

.....
.....

5- Suivi médical

Avez-vous un traitement médical spécifique : oui non

Si oui, lequel : **(fournir copie des ordonnances)**

NOM, adresse et tél du médecin traitant :

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

Savez-vous :

Lire Oui Non

Ecrire Oui Non

6- Autonomie

Compter Oui Non

Calculer Oui Non

Degré d'autonomie:

Mobilité:

Bonne Moyenne Faible

Autonomie dans l'hygiène personnelle:

Bonne Moyenne Faible

Autonomie alimentaire :

Bonne Moyenne Faible

7– Parcours scolaire / Professionnel

Parlez nous de votre projet professionnel à l'ESAT Ateliers du Luberon :

Etes-vous intéressé par une activité plus particulièrement ?

- Confection Conditionnement Nettoyage auto
- Horticulture Prestations extérieures

Diplôme ou certificat obtenu :

Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Si oui, dans quel secteur ?.....

Nom et adresse de l'entreprise ou de l'établissement:

.....
.....

Avez-vous des informations supplémentaire à nous faire part ?

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

Liste des pièces à fournir par retour de courrier :

- Lettre de motivation ou de candidature
- Orientation CDAPH
- Notification attribution AAH
- Ordonnance de jugement de tutelle ou curatelle
- Ordonnance de traitement médical
- Carte invalidité
- Carte d'identité
- 1 photo d'identité
- Autorisation de prise de vues
- Autorisation en cas d'urgence
- Attestation assurance responsabilité civile