



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@apeidecavaillon.fr

Dossier de candidature, demande d'accompagnement

Cocher l'établissement souhaité : (plusieurs réponses possibles)

- Foyer d'hébergement Mario Vischetti Service d'Accueil de Jour SAVS
 ESAT Ateliers du Luberon : en vue d'une admission pour un stage (MISPE - IME - ESAT)

* rayer la mention inutile

Renseignements (identité de la personne à accompagner)

Nom Prénom

Nom de jeune fille :

Adresse :

Téléphone : Téléphone portable :

Courriel : @

Date et lieu de naissance :

Sexe : homme femme / Nationalité :

Situation familiale : célibataire marié(e) vie maritale

Nombre d'enfants à charge :



Personne aidant et/ou responsable de la demande (si différente du candidat)

Nom Prénom

Qualité (tuteur, famille, ...) :

Adresse :

Téléphone : Téléphone portable :

Courriel : @

Cette demande est-elle déposée en accord avec le candidat ? oui non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?.....

Personne à contacter en cas d'urgence (si différente de l'accompagnant le dossier)

Nom Prénom tél :

Renseignements administratifs

n° sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse de la CPAM :

n° allocataire CAF :

Adresse de la CAF :

N° CDAPH:

Date de notification CDAPH :

Taux d'invalidité : N° carte:

N° matricule CPM

Mesure de protection :

Tutelle Curatelle (simple ou renforcée) Habilitation familiale Aucune

Sauvegarde de justice Aucune Autre, préciser :

Nom du responsable légal :

Lien de parenté :

Adresse :

Numéros de téléphone(s) et fax :

Courriel :@.....

Informations utiles

Avez-vous un traitement médical spécifique et régulier : oui non

Avez-vous des allergies ? : oui non

Avez-vous un régime alimentaire spécifique : oui non

NOM, et tél du médecin traitant (si suivi du parcours de soins au cours de la prise en charge)

Autonomie

Savez-vous :

Lire Oui Non

Ecrire Oui Non

Compter Oui Non

Calculer Oui Non

Degré d'autonomie :

Mobilité / déplacements : Bonne Moyenne Faible

Hygiène personnelle : Bonne Moyenne Faible

Autonomie alimentaire : Bonne Moyenne Faible

Dans les transports : êtes vous autonome ? accompagné ? Si oui Contacts tél :

Votre situation actuelle

Etes-vous : locataire propriétaire

Coordonnées du propriétaire :

Téléphone (s) - fixe et mobile - :

Votre parcours

Scolarisation oui non

Si oui établissement(s) et date(s) :

• Dates :

• Dates :

Avez-vous déjà été accompagné par un établissement ou service :

- par un ESAT ? - par un Foyer ? - par un SAVS ? - par un SAJ ?
 oui non oui non oui non oui non

- un autre établissement ou service (ASE, SESSAD, ITEP, IME, MDS, CCAS, CMP ...)?
 oui non

Si oui le(s)quel(s) et à quelle(s) date(s) ?

• Dates :

• Dates :

Avez-vous déjà travaillé ? oui non (Si oui, fournir un CV)

Dans quel secteur ? :

Diplôme et/ou certificat obtenu ?

Activité professionnelle

Travaillez-vous ? oui non

Milieu ordinaire milieu protégé (ESAT ou autre :)

Entreprise Adaptée sans activité invalidité

Autre :

Précisez :

Nom, adresse et téléphone du lieu de travail :

.....

Si votre demande concerne l'ESAT :

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

Dans le cadre de votre stage :

Les repas sont à prendre sur place et facturés directement.

Souhaitez-vous bénéficier du transport ESAT dans le cadre de votre stage (facturé) oui non

Les chaussures de sécurité sont obligatoires, en avez-vous ? oui non

Souhaitez-vous que l'ESAT vous fournisse des chaussures de sécurité (forfait 20 €) ?

Si votre demande concerne le foyer d'hébergement :

Personne(s) susceptible(s) de vous recevoir pour les fins de semaine et vacances :

Nom, adresse et tel :

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

Souhaitez-vous nous faire part d'informations supplémentaires ?

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

Pièces à joindre à votre demande :

Toutes les pièces ne sont pas obligatoires lors de votre demande. Elles seront obligatoirement fournies dans le cas de l'admission. Les * sont les pièces obligatoires

- * Lettre de motivation ou de candidature
- * Orientation CDAPH
- Un bilan médico-social de
- Notification attribution AAH
- * Joindre la copie de l'Ordonnance de jugement de tutelle ou curatelle
- Carte invalidité
- * Carte d'identité
- 1 photo d'identité
- * Autorisation de prise de vues et autorisation en cas d'urgence
- Attestation assurance responsabilité civile

**Dès réception de votre dossier complet,
nous vous contacterons pour vous rencontrer.**

Apei de Cavaillon

Autorisation de prises de vues et de diffusion d'image



De nombreux documents et manifestations nous conduisent à réaliser des photographies sur lesquelles peuvent apparaître les personnes accueillies, les salariés, intervenants et stagiaires dans un ou plusieurs établissements de l'Apei de Cavaillon (ESAT Ateliers du Luberon, Centre d'Habitat le Luberon, Service d'Accueil de Jour, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

La loi relative au droit à l'image nous oblige à demander une autorisation écrite à la personne (ou à son responsable légal), non seulement pour la prise de vue mais aussi pour l'utilisation de ces images sur support papier ou numérique.

Ces images ne seront pas communiquées à d'autres personnes, ni utilisées à but lucratif. Elles ne porteront en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne accueillie.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques ou films qui concernent la personne nommée ci-dessous est garanti. A tout moment vous pouvez vérifier l'usage qui en est fait et disposer d'un droit de retrait, sur simple demande, si vous le jugez utile.

Je soussigné :
(le cas échéant responsable légal de :)

Autorise l'Apei de Cavaillon à faire des prises de vues :
dans le cadre d'un usage professionnel (documents d'informations, livret d'accueil, etc.)
et à permettre des prises de vue par des journalistes.

Autorise l'Apei à diffuser ces photos :
Sur support papier : documents de présentation des établissements, journal de l'Apei et/ou d'une des structures gérées par l'Apei, etc.
Sur support numérique : cédérom, site internet de l'Apei de Cavaillon...

Fait à :, le

Signature :



Autorisation en cas d'urgence

& Autorisation de soins, autorisation d'opérer

A l'attention de l'utilisateur et de son responsable légal le cas échéant

Rappel des règles de droit

Article 16-3 du Code Civil : « tout acte médical exige, hors les cas d'urgence, le consentement de la personne sur laquelle il est effectué »

Article L.1111-4, du Code de la Santé Publique –

loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit (alinéa 5) : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

L'utilisateur (si majeur non protégé)

Je, soussigné(e), M., Mme, Mlle :

autorise la Direction de l'établissement à faire intervenir les services d'urgence si mon état de santé le nécessite.

J'autorise les services d'urgence, si mon état de santé le nécessite à faire procéder à une admission dans un établissement hospitalier, à procéder à des examens médicaux et/ou à une intervention chirurgicale.

Représentant légal (si l'utilisateur est mineur ou majeur protégé)

Je, soussigné(e), M., Mme, Mlle :

agissant en qualité de tuteur – tutrice légal(e) ou représentant l'organisme de tutelle dûment désigné :
.....

autorise que la Direction de l'établissement fasse intervenir les services d'urgence au bénéfice de mon protégé.

J'autorise les services d'urgence, si l'état de santé le nécessite à faire procéder à une admission dans un établissement hospitalier, à procéder à des examens médicaux et/ou à une intervention chirurgicale.

Nom et Prénom et qualité du signataire

Fait àLe ... /... /

Signature :