

DATE : .....

## DOSSIER DE CANDIDATURE

... En vue d'une admission ou d'une période de découverte

### Etablissement(s) de l'Association de La Roche visés par le candidat :

- Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)  
(joindre la copie de la décision d'orientation en ESAT établie par la MDPH)
- Service d'Accueil de Jour  
(joindre la copie de la décision d'orientation en Service d'Accueil de Jour établie par la MDPH)
- Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés  
(joindre la copie de la décision d'orientation en foyer d'hébergement par la MDPH)
- Foyer de vie  
(joindre la copie de la décision d'orientation en foyer de vie établie par la MDPH)

<b>Candidat à une période de découverte</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ou</b>		
<b>Candidat à une admission</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>

**📞 IMPORTANT** : joindre à ce dossier de candidature

Une **note de parcours du candidat** à l'attention de l'assistant de service social de l'Association de La Roche en vous appuyant sur le courrier annexé au présent dossier

+ Un **rapport médical** à l'attention du médecin institutionnel de l'Association de La Roche en vous appuyant sur le courrier annexé au présent dossier

+ Un **certificat de suivi de l'équipe médicale** d'origine du candidat

+ Un **curriculum vitae** – CV

+ Des **pièces administratives** listées en dernière page des annexes de ce dossier

PHOTO

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / ..... / .....

Sexe : homme  femme

## **Données administratives**

**Adresse du lieu de résidence actuel** : .....

**Adresse du domicile de secours** (si différente de l'adresse du lieu de résidence actuel)  
.....

Numéro de téléphone du candidat : ..... Email du candidat : .....

**Par quel moyen vous déplacez-vous ?**

Voiture  Transports en commun  Vélo  Véhiculé par un proche

Permis de conduire : oui  non

**Personne à contacter en cas d'urgence** : .....

Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

**Nom de la structure d'origine du candidat** : .....

Nom du professionnel référent du candidat .....

Fonction du référent .....

Téléphone ..... Email .....

**Provenance du candidat :**

Domicile ou du milieu ordinaire

Etablissement de santé

Service ou établissement médico-social (hors centres de consultations ambulatoires et services à domicile)

**Nom de l'organisme de sécurité sociale** : .....

N° d'assuré social : .....

Bénéficiaire d'une pension d'invalidité : oui  non

**Caisse d'Allocations Familiales de rattachement** : .....

N° d'allocataire CAF : .....

**MDPH de référence** : ..... N° de dossier MDPH : .....

Bénéficiaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés : oui  Date de fin de droits : ..... non

Notification MDPH d'orientation en ESAT : validité du .....au .....

Notification MDPH d'orientation en Foyer d'hébergement : validité du .....au .....

Notification MDPH d'orientation en Service d'Accueil de Jour : validité du.....au .....

Notification MDPH d'orientation en Foyer de vie : validité du.....au .....

**Mesure de Protection :**

oui  non

Demande en cours :

oui  non

Accompagnement Social Personnalisé

Mesure exercée par : .....

Accompagnement Judiciaire

Mesure exercée par : .....

Sauvegarde de Justice

Mesure exercée par : .....

Curatelle

Mesure exercée par : .....

Curatelle renforcée

Mesure exercée par : .....

Tutelle

Mesure exercée par : .....

NOM et coordonnées du porteur de la mesure de protection :

.....

### ***Situation familiale***

Célibataire

Séparé(e), divorcé(e)

Marié(e)

Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge : .....

Des membres de votre famille vivent-ils à proximité de l'établissement visé ?

Oui  non

Si oui, adresse : .....

Votre famille, ou vos proches, vous soutiennent-ils dans votre démarche de candidature ?

Oui  non

Etes-vous favorable à une collaboration entre votre famille et l'établissement visé ?

Oui  non

### ***Parcours de formation***

Milieu scolaire ordinaire :  Oui  Non  ULIS  SEGPA

Dernière classe fréquentée : .....

Milieu scolaire spécialisé :  Oui  Non

Type de scolarité suivie : IME-IMPro  ITEP  SESSAD

Liste des diplômes et/ou certificats :

.....  
.....

	Oui	Un peu	Non
Capacités à lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacités à écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacités à compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ***Parcours professionnel***

Parcours professionnel en milieu ordinaire :

Poste occupé : ..... Période : .....

Statut : stagiaire :  Oui  Non / salarié  Oui  Non

Poste occupé : ..... Période : .....

Statut : stagiaire :  Oui  Non / salarié  Oui  Non

Poste occupé : ..... Période : .....

Statut : stagiaire :  Oui  Non / salarié  Oui  Non

Poste occupé : ..... Période : .....

Statut : stagiaire :  Oui  Non / salarié  Oui  Non

Parcours professionnel en milieu protégé :

Poste occupé : ..... Période : .....

Poste occupé : ..... Période : .....

## Parcours de soins

**Nom, prénom du médecin traitant :** .....

Généraliste : oui  non

Spécialiste : oui  non  si oui, préciser la spécialité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Hospitalisation(s) en service de psychiatrie :** oui  non

Si oui, précisez le nom de l'établissement : .....

La/les dates d'hospitalisation : .....

La durée : .....

**Parcours en centre de réhabilitation :** oui  non

Si oui, précisez l'établissement, la date et la durée : .....

**Suivi en CMP :** oui  non

Si oui, précisez le nom du médecin psychiatre assurant le suivi : .....

Nom de l'infirmier référent : .....

Adresse du CMP : .....

Téléphone du CMP : .....

E mail : .....

Fréquence des consultations : .....

**Suivi libéral :** oui  non

Nom du médecin psychiatre assurant le suivi : .....

Adresse du médecin psychiatre : .....

Téléphone du médecin psychiatre : .....

E mail : .....

Fréquence des consultations : .....

**Suivi en Hôpital de Jour ou CATTP :** oui  non

Type d'activité : .....

Fréquence des activités : lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

**Prise d'un traitement en lien avec les troubles psychiques :** oui  non

Si oui, la prise du traitement est-elle autonome ? oui  non

**Date des dernières vaccinations :**

Hépatite B : .../.../.....

Diphtérie : .../.../.....

Tétanos : .../.../.....

Poliomyélite : .../.../.....

### ***Parcours social***

***Etes-vous accompagné par :***

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Un assistant de service social de secteur                         | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Un service d'accompagnement à la vie sociale                      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Un service d'aide à domicile                                      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autre accompagnement social                                       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lequel : .....  |                              |                              |

***Quel type d'aide vous apporte ce service social ? (par exemple gestion du budget, du logement, tâches administratives...) :***

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

***Etes-vous inscrit auprès de :***

- |                |                              |                              |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| Pôle emploi    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Cap emploi     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Mission locale | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Dans le cadre de votre orientation professionnelle,

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| avez-vous bénéficié d'un diagnostic d'accès à l'emploi (PREO DAE) ?                     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| avez-vous bénéficié de l'atelier de validation à l'entrée proposé par l'ESAT Messidor ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

## Les incidences du handicap

Quelles sont les incidences de vos troubles psychiques dans votre quotidien ? (repli sur soi, angoisses, hallucinations, auto-agressivité, hétéro-agressivité, autres) :

.....  
Etes-vous fatigable ? : Oui  Non

Etes-vous sujet à :

des troubles du comportement Oui  Non  Si oui, décrire : .....

des troubles du sommeil Oui  Non  Si oui, décrire : .....

des troubles de l'orientation Oui  Non  Si oui, décrire : .....

Quelles situations peuvent déclencher l'expression de ces troubles ?

.....  
.....  
.....  
Rencontrez-vous une problématique addictive ? Oui  Non

Si oui, bénéficiez-vous d'un suivi médical spécifique à cette ou ces addictions ? Oui  Non

Si oui, de quel type ? .....

Avez-vous déjà eu des comportements menant à une mise en danger de votre personne? Oui  Non

Pouvez-vous préciser le type de mise en danger ? (par exemple : fugues, alcoolisations massives, tentatives de suicide...) :

.....  
.....  
.....  
En dehors de vos troubles psychiques, avez-vous d'autres problématiques de santé ? Oui  Non

.....  
.....  
.....  
Besoin de prise en charge particulière :

## Projet du candidat en ESAT et/ou en SAJ

Etablissement et/ou service visé :

ESAT : Oui  Non

Si oui, Atelier : Conditionnement Les Sauvages     Espaces Verts Les Sauvages     Métallerie Tarare   
Blanchisserie Amplepuis     Conditionnement Brignais

Service d'accueil de jour (SAJ) : Oui  Non

Projet du candidat associé à une activité en ESAT et/ou en SAJ (décrivez) :

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

Rythme d'inscription souhaité :    Temps plein                       Temps partiel

Si temps partiel, quelle organisation souhaitée :

.....

Avez-vous une/des expériences de travail en ESAT ?                      oui     non

Si oui, décrire le type d'activité et les modalités d'accompagnement en place :

.....  
.....

Etes-vous autonome dans la gestion de votre temps libre ?                      oui     non

Si non, décrire les besoins d'accompagnement :

.....  
.....

Savez-vous vous repérer facilement dans un environnement nouveau ?                      oui     non

Si non, décrire les besoins d'accompagnement :

.....

Quels sont vos loisirs, vos centres d'intérêts ?

.....  
.....

SIGNATURE DU CANDIDAT :

**Projet du candidat en Foyer d'hébergement pour Travailleurs Handicapés**  
(à compléter uniquement dans le cas d'une candidature en foyer d'hébergement)

**Etes-vous actuellement accueilli en structure d'hébergement ?** oui  non

*Si oui, indiquez les coordonnées de la structure et du professionnel référent de votre accompagnement :*

.....

**Quelles sont les modalités d'accompagnement mises en place auprès de vous ?**

.....  
.....

**Le projet du candidat à l'hébergement :** (motivations, besoins d'accompagnements...)

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

**L'autonomie dans votre vie quotidienne**

**Etes-vous autonome pour le lever ?** oui  non

*Si non, décrire les besoins d'accompagnement :*

.....  
.....

**Etes-vous autonome dans l'entretien de votre espace personnel ?** oui  non

*Si non, décrire les besoins d'accompagnement :*

.....  
.....

**Etes-vous autonome dans la gestion de votre hygiène?** oui  non

*Si non, décrire les besoins d'accompagnement :*

.....  
.....

**Etes-vous autonome dans la gestion de votre budget ?** oui  non

*Si non, décrire les besoins d'accompagnement :*

.....  
.....

**SIGNATURE DU CANDIDAT :**



## **Projet du candidat en foyer de vie**

(à compléter uniquement dans le cas d'une candidature en foyer d'hébergement)

**Etes-vous actuellement accueilli(e) en structure d'hébergement ?** oui  non

Si oui, indiquez les coordonnées de la structure et du professionnel référent de votre accompagnement :

.....

**Le projet du candidat :** (motivations, besoins d'accompagnements...)

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

### **Capacité d'adaptation sociale**

**Hygiène :** préciser si l'action est réalisée Seul ou bien si l'action nécessite un accompagnement particulier

Habillage : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Hygiène corporelle : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Entretien du linge : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Entretien de l'espace personnel : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Continence : Urinaire  Anal  Besoin de protections :

**Alimentation :** préciser si l'action est réalisée Seul ou bien si l'action nécessite un accompagnement particulier

Manger un repas préparé : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Faire des courses : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Préparer des repas : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Aller manger à l'extérieur : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

**Déplacements** : préciser si l'action est réalisée Seul ou bien si l'action nécessite un accompagnement particulier

Se déplacer dans le logement ou la chambre : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Se déplacer dans l'établissement et l'environnement proche : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Se déplacer à l'extérieur sans limite : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Utilisation d'un équipement spécialisé (fauteuil roulant, déambulateur, béquille...) : oui seul   
non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

**Autonomie psychique** : préciser si l'action est réalisée Seul ou bien si l'action nécessite un accompagnement particulier

Capacité à gérer sa relation avec autrui : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité à prendre le traitement : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité de repérage temporel : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier   
Lire l'heure oui  non

Capacité à rester seul : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité à demander de l'aide : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité à être en groupe : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité à se servir du téléphone : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité à protéger son environnement : oui seul  non pas seul  besoin d'un accompagnement particulier

Capacité à partir en vacances : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

Capacité à investir des loisirs : oui seul  non pas seul  besoin d'accompagnement particulier

***Vieillessement***

Comment se manifestent les signes de vieillissement ?

.....  
.....

Quelles en sont les incidences sur votre quotidien (fatigabilité, perte de repères, irritabilité, perte d'équilibre...)?

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

**SIGNATURE DU CANDIDAT :**

# **ANNEXES**

**Objet** : Dossier médical candidat ESMS La Roche

Les Sauvages, le .../.../2018

**A l'attention du médecin référent**

Cher Confrère,

Je vous remercie de bien vouloir m'adresser un courrier médical sous pli confidentiel détaillant la situation médicale de votre patient(e), candidat à une admission dans notre structure.

Ces éléments, indispensables à l'instruction du dossier, devront nous permettre de connaître son historique neuropsychiatrique s'il y a lieu :

- la pathologie psychiatrique (CIM 10) et son évolution,
- le traitement médicamenteux
- les pathologies somatiques
- les troubles du comportement,
- le retard mental,
- les troubles du comportement,
- les antécédents familiaux,

et, en tout cas, les éléments justifiant son orientation par la CDAPH.

En vous remerciant de votre collaboration,

Veuillez recevoir, Cher Confrère, l'expression de mes salutations confraternelles et respectueuses.

Docteur Didier ADOUARD

Médecin psychiatre institutionnel

**Objet** : Certificat de l'équipe médicale d'origine du candidat

## CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur.....médecin psychiatre

Du CH de ....., m'engage à :

- Collaborer avec les établissements d'hébergement de l'association La Roche qui se situent dans le Rhône

Par la poursuite d'un suivi régulier concernant

Monsieur / Madame .....

Né (e) le : .....

- Reprendre en hospitalisation, si cela est nécessaire du fait de sa pathologie,
- Reprendre en charge définitivement, si l'orientation n'est plus adaptée.

Fait à .....

Le.....

Signature :

**Objet** : Note de parcours candidat ESMS La Roche

Les Sauvages, le .../.../2018

**A l'attention du travailleur social référent**

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de bien vouloir m'adresser une note de parcours détaillant la situation du candidat dont vous êtes référent.

Ces éléments, nécessaires à la qualification du dossier de candidature, devront me permettre de connaître :

- son profil, c'est-à-dire une présentation de la personne, ses compétences et ses ressources, son environnement social et familial, ses conditions de logement...
- son parcours, c'est-à-dire son parcours scolaire et professionnel, les situations de rupture et les freins rencontrés, son suivi médico-social, son parcours de soin...
- son projet, c'est-à-dire sa motivation à accéder aux établissements de l'Association de La Roche, les moyens que le candidat a mobilisé pour concrétiser son projet, l'écart perçu entre le souhait et la faisabilité...

En vous remerciant de votre collaboration,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Marianne KLEIN

Assistante de service social

**DEMANDE D'ADMISSION DANS LES ETABLISSEMENTS**

**LISTE DES PIECES A RETOURNER**

L'ensemble des documents listés ci-dessous est à remettre en même temps que votre dossier de candidature auprès de Marianne KLEIN, assistante de service social de l'Association de La Roche

Tél. : 04 74 89 17 66 – Mail : [m.klein@laroche.asso.fr](mailto:m.klein@laroche.asso.fr)

---

**Pour identifier le candidat à l'Association de La Roche :**

- Copie recto/verso de la carte nationale d'identité
- Le cas échéant titre de séjour
- Copie du jugement de mesure de protection légale (mesure de curatelle ou tutelle)

**Pour justifier des droits du candidat :**

- Copie de la/les décision(s) de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées d'orientation en établissement médico-social
- Copie de l'attestation CAF du versement de l'allocation adulte handicapé