



CJB
ESAT
FOYERS
SAPPH

DATE :

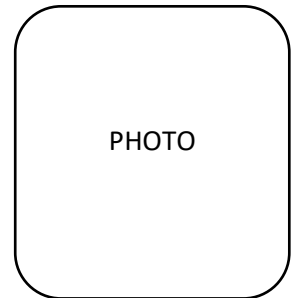
DOSSIER DE CANDIDATURE

Nom..... Prénom

Date de naissance/.../..... Sexe : homme femme

Candidat à une période de découverte oui non

Candidat à une admission oui non



Etablissement(s) visé 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)

Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés

(Joindre la copie de la décision d'orientation en Service d'Accueil de Jour établie par la MDPH)

Foyer de vie

(Joindre la copie de la décision d'orientation en foyer de vie établie par la MDPH)

👉 IMPORTANT : joindre à ce dossier de candidature

- Les pièces administratives listées en dernière page des annexes de ce dossier.
- Le dernier Projet d'Accompagnement Personnalisé
- Un rapport éducatif

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Nom : Prénom :

Adresse.....

N° de téléphone : Qualité :

Ce dossier est commun à l'ensemble des établissements de la direction commune du Centre Jean-Bernard.

Ce dossier peut être :

☒ Imprimé et remis sous format papier par envoi postal ou dépôt physique au C.J.B à l'adresse :

Centre Jean Bernard
14, peyrefitte 33190 LA REOLE

☒ Envoyé par mail à l'adresse suivante :

contact@cjb33.fr

Veillez à compléter l'intégralité des informations demandées de manière lisible.

Veillez à remettre l'ensemble des documents administratifs demandés pour faciliter le traitement de votre demande.

Veillez cocher sur la page de garde, le ou les services souhaités.

Tout document retourné de manière incomplète ne pourra faire l'objet de traitement.

Le dépôt du dossier ne vaut pas pour admission.

Toutes les demandes feront l'objet d'une présentation en commission d'admission.

SOMMAIRE

Le dossier unique de préadmission est composé de 5 volets à remplir.

1/ volet administratif (jaune)

2/ volet médical (vert)

3/ volet parcours personnel (rose)

4/ volet autonomie (bleu)

5/ annexes

Les 5 volets sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux, médecins...).

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 :

Nom de la structure d'origine du candidat :

Nom du professionnel référent du candidat :

.....

Fonction du référent :

.....

Téléphone : Email :

.....

Lieu de résidence actuel : 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 :

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 Foyer de vie : validité du au

Mesure de protection : oui non

Demande en cours : oui non

Accompagnement Social Personnalisé Accompagnement Judiciaire

Sauvegarde de Justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Nom et coordonnées du porteur de la mesure de protection :

.....

PERE

NOM Prénom.....

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

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone : N° de portable :

Email :

Profession :

Situation de famille : marié divorcé remarié

Veuf séparé décédé le/...../.....

Si remarié : nom du conjoint : Prénom :

Profession :

MERE

NOM Prénom

Date de naissance : /..... /

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone : N° de portable :

Email :

Profession :

Situation de famille : mariée divorcée remariée

Veuve séparée décédée le /..... /.....

Si remariée : nom du conjoint : Prénom :

Profession :

FRATRIE

NOM Prénom

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

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone : N° de portable :

Situation de famille :

+++++

NOM Prénom

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

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone : N° de portable :

Situation de famille :

+++++

NOM Prénom

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

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone : N° de portable :

Situation de famille :

+++++

NOM Prénom

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

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone : N° de portable :

Situation de famille :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT : (cocher les cases correspondantes) :

Conjoint Père Mère Frère Sœur Tuteur Famille d'accueil Autres

Si les coordonnées de la personne à prévenir n'ont pas été données précédemment, merci de préciser :

Nom : Prénom :

N° de téléphone : N° de portable :

Adresse actuelle :

.....

Lien de parenté éventuel avec le candidat :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE RECEVOIR LE CANDIDAT PENDANT LES WEEK-ENDS OU LES VACANCES :

Conjoint Père Mère Frère Sœur Tuteur Famille d'accueil Autres

Si les coordonnées de la personne susceptible de recevoir le candidat n'ont pas été données précédemment, merci de préciser :

Nom : Prénom :

N° de téléphone : N° de portable :

Adresse actuelle :

.....

Lien de parenté éventuel avec le candidat :

VOLET MEDICAL

PARCOURS DE SOINS

Nom, prénom du médecin traitant :

Généraliste : oui non

Spécialiste : oui non si oui, préciser la spécialité :

Adresse :

Téléphone :

Hospitalisation oui non

Si oui, préciser le nom de l'établissement :

La /les dates d'hospitalisations :

La durée :

En service de psychiatrie oui non

Si oui, préciser le nom de l'établissement :

La /les dates d'hospitalisations :

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 (e) référent (e) :

Adresse du CMP :

Téléphone : Email :

Fréquences des consultations :

Suivi libéral : oui non

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

Adresse du médecin psychiatre :

Téléphone : Email :

Fréquences 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

Dates des dernières vaccinations :

Hépatite B :/...../.....

Diphtérie :/...../.....

Tétanos :/...../.....

Poliomyélite :/...../.....

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

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

.....

.....

En dehors de vos troubles psychiques, avez-vous d'autres problématique de sante ?

Oui non

.....

Besoin de prise en charge particulière :

.....

.....

PARTIE MEDICALE – CONFIDENTIEL

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX, PSYCHIATRIQUES ET
PSYCHOLOGIQUES**

A remplir par votre médecin traitant ou votre psychiatre.

**Les feuillets une fois complétés, sont à détacher et à insérer dans l'enveloppe
jointe**

ANTECEDENTS MEDICAUX

NEUROLOGIQUES (épilepsie) – joindre le dernier EEG

.....

Préciser le suivi actuel et le traitement :

.....

.....

.....

AUTRES PATHOLOGIES :

.....

.....

.....

TRAITEMENT ACTUEL :

.....

.....

.....

CONTRACEPTION :

.....

.....

.....

ALLERGIES :

.....

.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

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

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES ET PARCOURS PSYCHIATRIQUES :

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

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE :

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

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL :

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

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE ACTUEL :

.....
.....

CONDUITES ADDICTIVES EVENTUELLES :

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

AUTRES TROUBLES DES CONDUITES :

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

ANTECEDENTS ET ETAT PSYCHOLOGIQUES :

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

HANDICAP MENTAL : oui non (si oui, catégorie) :

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

SI OUI :

.....
.....

VOLET PARCOURS PERSONNEL

SITUATION FAMILIALE

Célibataire séparé(e), divorcé(e) marié(e)
veuf(ve)

Nombre d'enfants :

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

Capacité à lire

Capacité à écrire

Capacité à compte

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

Parcours professionnel en milieu protégé :

Poste occupé : Période :
.....

Poste occupé : Période :
.....

PARCOURS SOCIAL

Etes-vous accompagné par :

Un assistant de service social de secteur : oui non

Un service d'accompagnement à la vie sociale : oui non

Un service médico-social pour adultes handicapés oui non

Un service d'aide à domicile oui non

Autre accompagnement social oui non

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 non

Cap emploi :

oui non

Mission locale

oui non

Dans le cadre de votre orientation professionnelle, avez-vous bénéficié d'un diagnostic d'aide à l'emploi ? oui non

PROJET DU CANDIDAT EN ESAT

Etablissement et / ou service visé :

ESAT : oui non

Si oui , Atelier : Scierie Espaces Verts Montage Palette

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 ?

.....
.....

**PROJET DU CANDIDAT EN FOYER D'HERBERGEMENT POUR TRAVAILLEURS
EN SITUATION DE HADICAP**

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

Etes-vous actuellement 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 à l'hébergement : (motivation, besoins d'accompagnements...)

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

PROJET DU CANDIDAT EN FOYER DE VIE

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

Etes-vous actuellement 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 à l'hébergement : (motivation, besoins d'accompagnements...)

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

FOYER D'HEBERGEMENT

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 :

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

Capacité d'adaptation sociale

Hygiène : préciser si l'action est réalisée seul ou 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 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

VOLET AUTONOMIE

PARTIE EDUCATIVE

VIE QUOTIDIENNE

	NON ACQUIS <i>aide totale</i>	NON ACQUIS <i>aide partielle</i>	ACQUIS	NON EVALUE	NON CONCERNE
Hygiène corporelle					
S'habiller et se déshabiller					
Assurer son élimination et utiliser les toilettes					
Prendre ses repas					
Gérer son repos quotidien					
Repérage dans le temps					
Repérage dans l'espace					
Lire l'heure					
Entretien de l'espace personnel					
Préparer un repas					
Notion de l'argent					

APTITUDES A LA COMMUNICATION ET ACQUISITIONS SCOLAIRES	NON ACQUIS <i>aide totale</i>	NON ACQUIS <i>aide partielle</i>	ACQUIS	NON EVALUE	NON CONCERNE
Lire					
Ecrire					
Compter					
Faire des divisions					
Téléphoner					
Utiliser un ordinateur					
Utiliser internet					

<i>APTITUDES AUX DEPLACEMENTS</i>	NON ACQUIS <i>aide totale</i>	NON ACQUIS <i>aide partielle</i>	ACQUIS	NON EVALUE	NON CONCERNE
Titulaire du permis de conduire					
Conduite régulière avec voiture					
Conduite régulière avec deux-roues					
Circulation seul en train					
Faire ses transferts (exemple lit..fauteuil)					
Se déplacer à l'intérieur					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les escaliers					
Utiliser les transports en commun					

<i>SANTE</i>	NON ACQUIS <i>aide totale</i>	NON ACQUIS <i>aide partielle</i>	ACQUIS	NON EVALUE	NON CONCERNE
Capacité à demander du soin					
Gestion autonome d'un traitement					
Utilisation d'un pilulier					

DEPENDANCES ET ADDICTIONS

Le (la) candidat(e) présente-t-il (elle) une dépendance aux produits suivants :

Tabac	chroniques <input type="checkbox"/>	Ponctuels <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alcool	chroniques <input type="checkbox"/>	Ponctuels <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Drogue (préciser)	chroniques <input type="checkbox"/>	Ponctuels <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Jeux vidéo	chroniques <input type="checkbox"/>	Ponctuels <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	chroniques <input type="checkbox"/>	Ponctuels <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Comment se manifeste(nt) cette (ces) dépendance(s) :

Repli sur soi euphorie volubilité

Automutilation violence envers les autres

Préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

APTITUDES AU TRAVAIL

APTITUDES INTELLECTUELLES

	FAIBLE	MOYENNE	BONNE
Compréhension d'une consigne orale			
Compréhension d'une consigne écrite			
Aptitude à respecter les consignes			
Capacité à passer d'une consigne à l'autre			
Capacité à mémoriser			
Respect des consignes de sécurité			
Capacité de concentration			
Capacité d'attention			
Connaissance des unités de mesure			

APTITUDES ET CAPACITES AU TRAVAIL

	FAIBLE	MOYENNE	BONNE
Capacité à travailler individuellement			
Capacité à travailler en équipe			
Capacité à travailler en équipe mixte			
Application des consignes			
Capacité à prendre des initiatives			
Ponctualité			

RYTHME DE TRAVAIL :

Rapide Lent

Régulier Irrégulier

APTITUDES PHYSIQUES

	FAIBLE	MOYENNE	BONNE
Autonomie dans les déplacements			
Aptitude au port de charges			
Tolérance au bruit			
Tolérance au travail répétitif			
Tolérance à la poussière			
Tolérance à la fatigue			
Précision des gestes			

	OUI	NON
Obligation d'un travail assis		
Possibilité de travailler debout		
Possibilité de travailler sur machines		

COMPORTEMENT SOCIAL AU TRAVAIL

Trait de caractère dominant : Calme Renfermé

Expansif Violent

Capacité à se contrôler : Faible Moyenne Bonne

Capacité à s'adapter à une

situation nouvelle : Faible Moyenne Bonne

Capacité à demander de l'aide : Faible Moyenne Bonne

Participation à la vie de l'atelier : Faible Moyenne Bonne

Quelles sont vos préférences ? Travail à l'extérieur Travail à l'intérieur

Indiquer par un nombre de 1 à 8 l'intérêt que vous portez aux activités suivantes
(1 correspondant à l'activité qui vous intéresse le plus)

Menuiserie (fabrication de palettes) : 1 2 3 4 5 6 7 8

Espaces verts : : 1 2 3 4 5 6 7 8

Date de la demande :

Signature de la personne concernée :

Signature du Représentant Légal :

Signature et qualité de la personne référente :

ANNEXES

Nous attirons votre attention sur le fait que ce dossier ne sera étudié que s'il est accompagné des pièces indiquées ci-dessous.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- Notification de MDPH préconisant le placement en E.S.A.T
- Notification de MDPH préconisant le placement en FOYER D'HEBERGEMENT
- Notification de MDPH avec RQTH
- Notification d'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés (CAF ou MSA)
- Copie du certificat médical (cerfa 15695*01) joint à la demande MDPH
- Copie de la carte d'identité + extrait d'acte de naissance
- Copie de l'attestation Sécurité Sociale + copie Carte Vitale
- Copie de la carte Mutuelle
- Copie de la carte d'invalidité (*)
- Copie de la mesure de protection (*)
- 4 photos d'identité
- R.I.B.
- Responsabilité Civile
- Copie des diplômes (*)
- Copie du permis de conduire (*)
- Copie des divers autres permis dont le candidat est titulaire (cariste...) (*)
- Certificat de travail (*)
- Rapport de comportement
- Projet Personnalisé
- Ordonnance du traitement en cours (copie)
- Carnet de vaccinations

() dans la mesure où le (la) candidat(e) est en possession de ce document*



Autorisation d'exploitation du droit à l'image photographique et vidéo

Je soussigné(e) :

demeurant à :

Autorise l'ADCPG et l'établissement Jean Bernard :

à utiliser mon image, à utiliser l'image de la personne dénommée ci-après et dont je suis le représentant légal :

Nom :

Prénom :

pour sa diffusion dans les supports de communication de l'ADCPG et de l'établissement :

- supports de communication « papier »(brochures, plaquettes, journal d'établissements..).
- dans le cadre de rencontres avec d'autres partenaires ou familles(affiches..).
- sur le site internet de l'Association et de l'établissement dans les articles de presse et bulletins municipaux.

Dans les limites précisées ci-dessus, j'autorise l'ADCPG à fixer, reproduire et communiquer ces images.

La présente autorisation est donnée à titre gracieux et à but non commercial.

(Merci de cocher la ou les cases correspondantes)

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvée »

La direction, Mme Marie-Noëlle CARPENTÉY

ACCUSE DE RECEPTION

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité.

La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :/...../.....

Nom de l'établissement ou

du service médico-social :

Nom du Directeur(rice)

de la structure :

Adresse de la structure :

.....

.....

Téléphone :

Email :

Dossier complet

Dossier incomplet, pièces manquantes :

.....

.....

.....

Fait, le

A,

Tampon et signature du Directeur(rice) :

REPONSE A LA DEMANDE D'ADMISSION

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la demande. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :/...../.....

Nom de l'établissement ou

du service médico-social :

Nom du Directeur(rice)

de la structure :

Adresse de la structure :

.....

.....

.....

Téléphone :

Email :

Décision : Admis Admissible, sur liste d'attente Non admissible

En cas de « non admissible », motivez :

.....

.....

.....

Fait, le

A,

Tampon et signature du Directeur(rice) :

