

## DOSSIER DE CANDIDATURE

 ESAT 

 FH 

 FHT 

 FV 

 FVT 

 SAJ 

### Fiche renseignements administratifs

**Date :** .....

ETAT CIVIL		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Adresse personnelle :		
Téléphone personnel :	Tél. Portable :	
Situation familiale :	Nombre d'enfants :	
Noms / Prénoms et Date de naissance du conjoint et des enfants :		
➤ ➤ ➤ ➤		
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS		
N° sécurité sociale :		
Adresse du centre payeur :		
N° Allocataire CAF :		
Adresse du centre payeur :		
Bénéficiaire (1)	AAH :	Pension d'invalidité :
	Carte d'invalidité :	
Mutuelle	Nom :	
	Adresse :	
	N° Adhérent :	

## MESURE DE PROTECTION

Tutelle ou curatelle :

Nom du tuteur/curateur :

Adresse :

Téléphone :

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

### Père :

Nom / Prénom :

Né le :

Ou décédé le :

Adresse :

Téléphone :

### Mère :

Nom / Prénom :

Née le :

Ou décédée le :

Adresse :

Téléphone :

Autre contact intervenant dans la prise en charge :

Noms / Prénoms :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom :

Téléphone :

## SCOLARITE

Niveau scolaire :

Etablissement fréquenté

Dates

Formation professionnelle

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### *Fiche renseignements administratifs*

---

Candidature ESAT :  
*Compléter le volet 1*

Candidature Foyer d'Hébergement :  
*Compléter le volet 2*

Candidature Foyer d'Hébergement temporaire :  
*Compléter le volet 3*

Candidature Foyer de vie :  
*Compléter le volet 4*

Candidature Foyer de vie temporaire :  
*Compléter le volet 5*

Candidature Accueil de jour :  
*Compléter le volet 6*

---



# ***Volet 1 - DOSSIER DE CANDIDATURE ESAT***

---

<b>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</b>		
Possédez-vous le Permis de conduire ?		
Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ? Si oui, durée d'inscription en mois :		
Temps de travail souhaité : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel		
Commentaires : .....		
.....		
<b>EXPERIENCE PROFESSIONNELLE</b>		
Compléter sur feuille libre si nécessaire ou joindre un CV		
Dates	Fonction	Employeur

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 puis en date du 28/05/2018 avec le RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale de l'APA JH Savoie situé à 11 Rue Daniel Rops 73160 COGNIN par courrier ou à [apaih73@apaih73.com](mailto:apaih73@apaih73.com) par mail. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Sauf avis contraire de votre part ce document vaut également consentement de l'utilisation de vos données personnelles non réglementaires telles que : photo, personne à contacter d'urgence...*

***Volet 2 - DOSSIER DE  
CANDIDATURE  
FOYER HEBERGEMENT***

---

**Volet 2 - DOSSIER DE CANDIDATURE  
FOYER HEBERGEMENT**

*Fiche renseignements administratifs et médicaux*

HEBERGEMENTS PRECEDENTS		
Du	Au	Type d'hébergement
SOLUTIONS D'HEBERGEMENT EN CAS D'ARRET MALADIE ou EN CAS DE FERMETURE DU FOYER		
Nom / Prénom	Adresse	Lien de parenté
Maladies et Accidents		
Nature	Date	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
Etes-vous sujet à des crises ? : ..... Si oui, de quel type : ..... Fréquence : ..... Précautions à prendre en cas de crise : .....		

<b>Troubles divers</b> (répondre par oui ou par non)	
Troubles de la vue : ..... Portez-vous des lunettes ? ..... Troubles de l'ouïe : ..... Troubles caractériels : ..... Troubles de la parole : .....	Ethylisme : ..... Asthme : ..... Autres : ..... Portez-vous des prothèses ? ..... Si oui, lesquelles : ..... .....
<b>Traitements et vaccinations</b>	
Etes-vous soumis à un traitement permanent ? : ..... Si oui, lequel : ..... Depuis quand : ..... Posologie : ..... Date du dernier rappel des vaccins DTPOLIO : ..... (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 20 ans maximum)	
<b>Alimentation</b>	
Etes-vous soumis à un régime alimentaire ? ..... Pour quelles raisons : .....	
<b>Contre-indications</b>	
Médicaments : .....	
Alimentaires : .....	
Autres : .....	
<b>Contraception</b>	
Utilisez-vous un moyen de contraception ? ..... Lequel : .....	

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 puis en date du 28/05/2018 avec le RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale de l'APAJH Savoie situé à 11 Rue Daniel Rops 73160 COGNIN par courrier ou à [apajh73@apajh73.com](mailto:apajh73@apajh73.com) par mail. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Sauf avis contraire de votre part ce document vaut également consentement de l'utilisation de vos données personnelles non réglementaires telles que : photo, personne à contacter d'urgence...

*Fiche degré d'autonomie avant admission – A compléter uniquement pour une admission en foyer d'hébergement résidences*

Nom / Prénom de la personne réalisant l'évaluation :

.....

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Capable d'apprentissage</b>	<b>Remarques</b>
MOBILITE, REPERAGE : vous déplacez-vous seul ?				
HYGIENE CORPORELLE : vous lavez-vous seul ?				
ALIMENTATION : faites-vous les courses (avec une liste) ?				
ALIMENTATION : savez-vous cuisiner ?				
ALIMENTATION : vous nourrissez-vous seul ?				
TEMPS : avez-vous des notions de l'heure ?				
ARGENT : connaissez-vous la valeur de l'argent ?				
SECURITE : savez-vous faire face aux urgences ?				
SECURITE : savez-vous utiliser le téléphone ?				
MEDICAMENTS : avez-vous un traitement régulier ?				
MEDICAMENTS : prenez-vous vous seul vos médicaments ?				

*Fiche degré d'autonomie avant admission – A compléter uniquement pour une admission en foyer d'hébergement appartement*

Nom / Prénom de la personne réalisant l'évaluation :

.....

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Capable d'apprentissage</b>	<b>Remarques</b>
MOBILITE, REPERAGE : vous déplacez-vous seul ?				
HYGIENE CORPORELLE : vous lavez-vous seul ?				
HYGIENE VESTIMENTAIRE : entretenez-vous votre linge ?				
ALIMENTATION : faites-vous les courses (avec une liste) ?				
ALIMENTATION : savez-vous cuisiner ?				
ALIMENTATION : vous nourrissez-vous seul ?				
TEMPS : avez-vous des notions de l'heure ?				
ARGENT : connaissez-vous la valeur de l'argent ?				
SECURITE : savez-vous faire face aux urgences ?				
SECURITE : savez-vous rester seul sans encadrement proche ?				
SECURITE : savez-vous utiliser le téléphone ?				
MEDICAMENTS : avez-vous un traitement régulier ?				
MEDICAMENTS : préparez-vous seul vos semainiers ?				
MEDICAMENTS : prenez-vous vous seul vos médicaments ?				
MEDICAMENTS : assurez-vous seul la prise de rendez-vous pour renouveler vos ordonnances ?				

***Volet 3 – DOSSIER DE  
CANDIDATURE  
FOYER HEBERGEMENT  
TEMPORAIRE***

---

TYPE D'HEBERGEMENT		
<p><b>Hébergement souhaité :</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Régulier           <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Exceptionnel</span> </p> <p><b>Vos motivations / souhaits :</b></p>          		
HEBERGEMENTS PRECEDENTS		
Du	Au	Type d'hébergement
SOLUTIONS D'HEBERGEMENT EN CAS D'ARRET MALADIE ou EN CAS DE FERMETURE DU FOYER		
Nom / Prénom	Adresse	Lien de parenté

## Fiche degré d'autonomie avant admission

Nom / Prénom de la personne réalisant l'évaluation :

.....

	OUI	NON	Capable d'apprentissage	Remarques
MOBILITE, REPERAGE : vous déplacez-vous seul ?				
HYGIENE CORPORELLE : vous lavez-vous seul ?				
ALIMENTATION : faites-vous les courses (avec une liste) ?				
ALIMENTATION : savez-vous cuisiner ?				
ALIMENTATION : vous nourrissez-vous seul ?				
TEMPS : avez-vous des notions de l'heure ?				
ARGENT : connaissez-vous la valeur de l'argent ?				
SECURITE : savez-vous faire face aux urgences ?				
SECURITE : savez-vous utiliser le téléphone ?				
MEDICAMENTS : avez-vous un traitement régulier ?				
MEDICAMENTS : prenez-vous vous seul vos médicaments ?				

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 puis en date du 28/05/2018 avec le RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale de l'APAJH Savoie situé à 11 Rue Daniel Rops 73160 COGNIN par courrier ou à [apajh73@apajh73.com](mailto:apajh73@apajh73.com) par mail. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Sauf avis contraire de votre part ce document vaut également consentement de l'utilisation de vos données personnelles non réglementaires telles que : photo, personne à contacter d'urgence...

# ***Volet 4 - DOSSIER DE CANDIDATURE FOYER DE VIE***

---

<b>HEBERGEMENTS PRECEDENTS</b>		
Du	Au	Type d'hébergement
<b>SOLUTIONS D'HEBERGEMENT EN CAS D'ARRET MALADIE ou EN CAS DE FERMETURE DU FOYER</b>		
Nom / Prénom	Adresse	Lien de parenté
<b>Maladies et Accidents</b>		
Nature	Date	
..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	
Etes-vous sujet à des crises ? : ..... Si oui, de quel type : ..... Fréquence : ..... Précautions à prendre en cas de crise : .....		

<b>Troubles divers</b> (répondre par oui ou par non)	
Troubles de la vue : ..... Portez-vous des lunettes ? ..... Troubles de l'ouïe : ..... Troubles caractériels : ..... Troubles de la parole : .....	Ethylisme : ..... Asthme : ..... Autres : ..... Portez-vous des prothèses ? ..... Si oui, lesquelles : ..... .....
<b>Traitements et vaccinations</b>	
Etes-vous soumis à un traitement permanent ? : ..... Si oui, lequel : ..... Depuis quand : ..... Posologie : ..... Date du dernier rappel des vaccins DTPOLIO : ..... (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 20 ans maximum)	
<b>Alimentation</b>	
Etes-vous soumis à un régime alimentaire ? ..... Pour quelles raisons : .....	
<b>Contre-indications</b>	
Médicaments : .....	
Alimentaires : .....	
Autres : .....	
<b>Contraception</b>	
Utilisez-vous un moyen de contraception ? ..... Lequel : .....	

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 puis en date du 28/05/2018 avec le RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale de l'APA-JH Savoie situé à 11 Rue Daniel Rops 73160 COGNIN par courrier ou à [apaih73@apaih73.com](mailto:apaih73@apaih73.com) par mail. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Sauf avis contraire de votre part ce document vaut également consentement de l'utilisation de vos données personnelles non réglementaires telles que : photo, personne à contacter d'urgence...

## Fiche degré d'autonomie avant admission

Nom / Prénom de la personne réalisant l'évaluation :

.....

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Capable d'apprentissage</b>	<b>Remarques</b>
MOBILITE, REPERAGE : vous déplacez-vous seul ?				
HYGIENE CORPORELLE : vous lavez-vous seul ?				
ALIMENTATION : faites-vous les courses (avec une liste) ?				
ALIMENTATION : vous nourrissez-vous seul ?				
TEMPS : avez-vous des notions de l'heure ?				
ARGENT : connaissez-vous la valeur de l'argent ?				
SECURITE : savez-vous faire face aux urgences ?				
SECURITE : savez-vous utiliser le téléphone ?				
MEDICAMENTS : avez-vous un traitement régulier ?				

***Volet 5 - DOSSIER DE  
CANDIDATURE  
FOYER DE VIE TEMPORAIRE***

---

TYPE D'HEBERGEMENT		
<b>Hébergement souhaité :</b> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Régulier                      <input type="checkbox"/> Exceptionnel         </div>		
<b>Vos motivations / souhaits :</b>          		
HEBERGEMENTS PRECEDENTS		
Du	Au	Type d'hébergement
SOLUTIONS D'HEBERGEMENT EN CAS D'ARRET MALADIE ou EN CAS DE FERMETURE DU FOYER		
Nom / Prénom	Adresse	Lien de parenté

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 puis en date du 28/05/2018 avec le RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale de l'APA JH Savoie situé à 11 Rue Daniel Rops 73160 COGNIN par courrier ou à [apajh73@apajh73.com](mailto:apajh73@apajh73.com) par mail. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Sauf avis contraire de votre part ce document vaut également consentement de l'utilisation de vos données personnelles non réglementaires telles que : photo, personne à contacter d'urgence...

## Fiche degré d'autonomie avant admission

Nom / Prénom de la personne réalisant l'évaluation :

.....

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Capable d'apprentissage</b>	<b>Remarques</b>
MOBILITE, REPERAGE : vous déplacez-vous seul ?				
HYGIENE CORPORELLE : vous lavez-vous seul ?				
ALIMENTATION : faites- vous les courses (avec une liste) ?				
ALIMENTATION : vous nourrissez-vous seul ?				
TEMPS : avez-vous des notions de l'heure ?				
ARGENT : connaissez- vous la valeur de l'argent ?				
SECURITE : savez-vous faire face aux urgences ?				
SECURITE : savez-vous utiliser le téléphone ?				
MEDICAMENTS : avez- vous un traitement régulier ?				

***Volet 6 - DOSSIER DE  
CANDIDATURE  
ACCUEIL DE JOUR***

---

<b>ETABLISSEMENTS PRECEDENTS</b>		
Du	Au	Type d'hébergement
<b>Maladies et Accidents</b>		
Nature	Date	
..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	
Etes-vous sujet à des crises ? : ..... Si oui, de quel type : ..... Fréquence : ..... Précautions à prendre en cas de crise : .....		
<b>Troubles divers</b> (répondre par oui ou par non)		
Troubles de la vue : ..... Portez-vous des lunettes ? ..... Troubles de l'ouïe : ..... Troubles caractériels : ..... Troubles de la parole : .....	Ethylisme : ..... Asthme : ..... Autres : ..... Portez-vous des prothèses ? ..... Si oui, lesquelles : ..... .....	

## Traitements et vaccinations

Etes-vous soumis à un traitement permanent ? : .....

Si oui, lequel : .....

Depuis quand : .....

Posologie : .....

Date du dernier rappel des vaccins DTPOLIO : .....  
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 20 ans maximum)

## Alimentation

Etes-vous soumis à un régime alimentaire ? .....

Pour quelles raisons : .....

## Contre-indications

Médicaments : .....

Alimentaires : .....

Autres : .....

## Contraception

Utilisez-vous un moyen de contraception ? .....

Lequel : .....

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 puis en date du 28/05/2018 avec le RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale de l'APAJH Savoie situé à 11 Rue Daniel Rops 73160 COGNIN par courrier ou à [apaih73@apaih73.com](mailto:apaih73@apaih73.com) par mail. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Sauf avis contraire de votre part ce document vaut également consentement de l'utilisation de vos données personnelles non réglementaires telles que : photo, personne à contacter d'urgence...*