

Date de la demande :

Inscription en structures d'accompagnement par le travail pour personnes adultes handicapées

Service d'accompagnement par le travail (SATRA) • Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ESAT avec hébergement

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire en structure d'accompagnement par le travail pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services costarmoricains, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux structures d'accompagnement par le travail concerné par votre démarche d'inscription.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements de votre choix afin de faciliter votre inscription.

État civil

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le

Commune de naissance : Code postal

Situation de famille (cocher la case correspondante) : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Pacte civil ☐ Concubinage ☐ Veuf/veuve ☐

COORDONNÉES

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone :

Courriel :@.....

Courriel :@.....

Modalités d'accueil sollicitées

MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES (cocher la case correspondante) :

- ☐ Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- ☐ ESAT avec hébergement individuel (ESAT-UVE)
- ☐ ESAT avec hébergement collectif (ESAT- Foyer d'Hébergement)
- ☐ ESAT avec SATRA (ESAT-SATRA)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :

Atelier souhaité

Nous attirons votre attention sur le fait que les ateliers mentionnés ci-dessous ne sont pas proposés par tous les ESAT. Vous pouvez contacter l'ESAT de votre choix avant de vous prononcer sur un atelier et de définir un ordre de priorité chiffré.

À COCHER	ATELIER	PRIORITÉ (1,2,3...)
	Espaces verts	
	Menuiserie	
	Mobilier de jardin	
	Palettes / Caisses	
	Papeterie / Cartonnerie	
	Bois de chauffage	
	Maraîchage / Floriculture	
	Agro-alimentaire	
	Elevage	
	Restauration / Hôtellerie	
	Bâtiment / Peinture	
	Blanchisserie / Textile	
	Mécanique / Métallurgie	
	Artisanat	
	Multimédia	
	Imprimerie / Sérigraphie	

À COCHER	ATELIER	PRIORITÉ (1,2,3...)
	Gravure	
	Prestations aux entreprises	
	Sous-traitance	
	Tri du papier / Recyclage des déchets	
	Cidrerie	
	Filets	
	Théâtre	
	Autre (préciser) :	
	Ne sais pas	

SITUATION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :

- ☐ Tutelle
 ☐ Curatelle
 ☐ Curatelle renforcée
 ☐ Mandataire
☐ Sauvegarde de justice
 ☐ Sans régime de protection
 ☐ En cours

Représentant légal (le cas échéant) :

Qualité :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone : ou

Courriel : @

Décision de la CDAPH

ORIENTATION (cocher la case correspondante) :

☐ ESAT

ESAT avec foyer d'hébergement : ☐ oui ☐ non

Numéro de dossier :

Date de la décision :

Date d'effet de la décision :

Date de fin de la décision :

Demande rédigée par (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Lien avec la personne concernée par la demande (préciser, le cas échéant)

☐ Membre de la famille :

☐ Représentant légal :

☐ Autre :

Personne à contacter (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone : ou

Courriel : @

Renseignements administratifs

N° de sécurité sociale :

Organisme :

N° allocation prestations familiales :

Organisme :

Carte d'invalidité : ☐ oui ☐ non

Date de fin de validité :

Votre situation actuelle

Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :

- ☐ À votre domicile personnel
- ☐ Au domicile familial
- ☐ En structure hospitalière :
Depuis le
- ☐ En établissement (IME, Foyer de vie ...) :
Depuis le
- ☐ Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) :
Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement :

.....

Adresse :

.....

Ville : Code postal

Téléphone :

Motivations de la demande

Cette demande est liée à (cocher la case correspondante) :

- ☐ Un changement d'orientation
- ☐ Des difficultés liées au maintien à domicile
- ☐ Une hospitalisation
- ☐ Autre (préciser) :

Délai souhaité

- ☐ Immédiat ☐ De 1 à 6 mois ☐ Supérieur à 6 mois

Observations éventuelles du demandeur (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours de vie

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (Durée, niveau, diplômes...) :

Stages (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

Emplois précédents (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

Hospitalisation ou accueil en établissement antérieur :

Vos attentes

Quels sont vos centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés... ?

Un curriculum vitae ainsi que le(s) bilan(s) de stage(s) pourront être joints à votre demande d'inscription.

Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accueil en structure de travail (Merci de cocher les cases correspondantes).

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

VIE DOMESTIQUE ET COURANTE	OUI	NON	SEUL	ACCOMPAGNÉ
Gérer son traitement				
Assurer son hygiène corporelle				
Faire ses courses				
Préparer un repas simple				
Entretien du linge, vêtements...				
Faire son ménage				
Gérer son budget				
Gestion du réveil, être ponctuel				
Participation à des activités (sportives, culturelles, sorties...)				

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :

Département des Côtes d'Armor - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
9 place du Général de Gaulle CS 42371 22023 SAINT-BRIEUC Cedex 1

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le _____ à _____

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)

DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION POUR PERSONNES HANDICAPÉES

(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE
NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

ORIGINE DU HANDICAP

MÉDECIN TRAITANT
Nom :
Prénom :
Commune :
N° de Téléphone :
Courriel :

TRAITEMENT(S) EN COURS
Soins cutanés ☐ oui ☐ non
Préciser :
Rééducation ☐ oui ☐ non
Préciser :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
	ALD
Allergies ☐ oui ☐ non	
Préciser :	

ANTÉCÉDENTS
MÉDICAUX
CHIRURGICAUX
PSYCHIATRIQUES

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

CONDUITE À RISQUE
Alcool :
Tabac :
Autres :

MÉDECINS SPÉCIALISTES	
Nom/Prénom	Spécialité

Par avance, merci de votre coopération.

ALIMENTATION		
	OUI	NON
Régime alimentaire Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausses routes		
Autres :		

SOINS TECHNIQUES

VACCINATIONS	
Anti-tétanique - DTP	
Anti-pneumococcique	
Anti-grippal	
Autres :	

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (Cachet obligatoire)	
--	--

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

TAILLE		POIDS	
---------------	--	--------------	--