



Association Pour l'Accueil & le Travail des Personnes Handicapées
310 chemin des Roquelles
07170 LAVILLEDIEU
Tel : 04 75 94 74 63 Fax : 04 75 94 83 62

Site Internet : apatph.fr

Dossier de candidature

ESAT LES PERSEDES

Nom : _____

Prénom : _____

Réservé à l'APATPH

Date d'entretien : _____

Que souhaitez-vous ?

L'APATPH propose plusieurs ateliers, *cocher votre choix*

LAVILLEDIEU

- Conditionnement
- Atelier Bois
- Jardin Espace Vert
- Indifférent

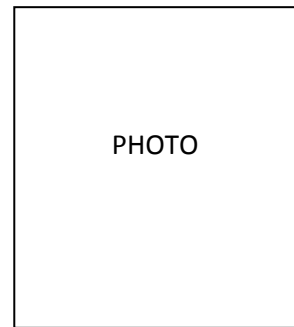
COUCOURON

- Conditionnement
- Jardin Espace Vert
- Indifférent

Les horaires sont définis en fonction des sites et des ateliers mais il peut être adapté un temps de travail partiel sur la base de 17h00 par semaine. Les horaires sont en alternance entre le matin et l'après midi

Type de temps de travail - *cocher votre choix*-

- Travail complet (34h / semaine)
- Temps partiel (17h/ semaine)



ETAT CIVIL

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Célibataire – Marié(e) –Pacsé (e) - Veuf (ve) – Divorcé (e) (Rayer la mention inutile)

Adresse du domicile: _____

Code postale _____ VILLE _____ Tél : __/__/__/__/__/ Port : __/__/__/__/

Condition de vie actuelle : seul (e) famille collectivité

Composition de la famille (époux (se) parent (s) nombre de frères, de sœurs, enfants) :

Nom et adresse de la famille la proche à prévenir en cas d'urgence

Vous êtes actuellement en établissement

Oui Non

Si oui, lequel _____

Statut actuel

Ordinaire Tutelle aux prestations Tutelle complète Curatelle

Père Mère Frère Sœur Famille d'accueil Pas de référent Autres

Nom et adresse du tuteur ou curateur (Joindre la photocopie du jugement)

COUVERTURE SOCIALE : (joindre la photocopie de la carte d'assuré social+ attestation)

N° de sécurité Social : _____

Nom et adresse de la caisse d'affiliation :

N° dossier MDPH : _____

N° Adhérent CAF : _____

Nom et adresse de la caisse d'affiliation : _____

Mutuelle complémentaire : (joindre la photocopie de la carte)

N°Adhérent : _____

Nom et adresse de l'assurance : _____

Assurance responsabilité civile (joindre attestation assurance) :

N° de sociétaire : _____

Nom et adresse de l'assureur :

SCOLARITE

Fin du cursus scolaire ou de la prise en charge médico- social

Maternelle Ecole primaire Collège Lycée Hôpital de jour IMP IMPRO Autres

Date de début du cursus scolaire : _____

Date de fin du cursus scolaire : _____

Etablissements fréquentés

| Nom de l'établissement | Date d'entrée | Date de sortie | Adresse |
|------------------------|---------------|----------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FORMATIONS PROFESSIONNELLES EVENTUELLES

Stages _____

Diplôme _____

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Avez-vous travaillé au cours de ses 12 derniers mois ?

Oui Non

Si oui : *fournir les 6 derniers bulletins de rémunération ou fiches de paies*

Déplacements

Êtes vous autonome dans vos déplacements pour vous rendre à l' ESAT les Persèdes ?

LAVILLEDIEU

A pieds oui NON

A vélo oui non

En bus oui non

En voiture oui non

Autres : (précisez) _____

COUCOURON

A pieds oui NON

A vélo oui non

En bus oui non

En voiture oui non

Autres : (précisez) _____

Personnes à prévenir en cas d'urgences :

Nom – Prénom : _____

Lien parenté : _____

Adresse : _____

N° de téléphone

Mail _____

Dossier complété par : _____

Date :

Signature du candidat ou du représentant légal

Pièces à fournir pour le dossier de candidature

Veillez fournir les éléments indiqués ci-dessous avec le dossier de candidature.

- Dossier de candidature dûment complété, daté et signé
- Copie jugement de la mesure de protection
- RIB de moins d'un mois
- Copie carte d'identité
- Copie du permis de conduire
- Copie attestation carte vitale
- Copie carte vitale
- Copie carte mutuelle
- Copie de la notification CDAPH précisant l'orientation en ESAT
- Attestation et /ou bilan de stages
- 6 derniers bulletins de paie ou de rémunération

 Dossier à déposer ou envoyer au pole administratif :

A.P.A.T.P.H.
ZA Les Persèdes
310. chemin des Roquelles
07170 LAVILLEDIEU

