



A.P.A.T.P.H.

Association Pour l'Accueil et le Travail des Personnes Handicapées

Etablissement ou Service Aide par le Travail (ESAT)

Tel : 04 75 94 74 63

Site Internet : [apatph.fr](http://apatph.fr)

# DOSSIER CANDIDATURE

Etablissements

ou Service

d' Aide

par le Travail

310 chemin des Roquelles  
07170 LAVILLEDIEU

Plot de la Laoune  
07470 COUCOURON

## Préambule

Les établissements de soutien et d'aide par le travail sont des établissements et services médico-sociaux (article L 312-1 du Code de l'action sociale des familles).

Leur mission est définie aux articles L 344-2 et L344-2-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Les prestations (activités professionnelles, soutiens éducatifs et sociaux) ont comme objectifs essentiels la sociabilisations et l'intégration sociale des personnes accueillies, le travail n'étant qu'un des moyens pour les réaliser.

Le présent avenant est conforme au décret n°2006-1752 du 23 décembre 2006 et à l'alinéa 5 de l'article D 311 du Code de l'action sociale et des familles. Le contrat de soutien et d'aide par le travail se substitue dans les ESAT au contrat de séjour en vigueur dans les autres établissements et services médico-sociaux.

Les activités diverses à caractère professionnel offertes par l'ESAT Lavilledieu-Coucouron aux personnes qu'il accueille sont déterminées par son environnement économique (réf/article 2 du décret du 23 décembre 2007).

Les activités de soutien médico-social et éducatif et, plus généralement, « les activités d'accès à l'autonomie et d'implication dans la vie sociale » ne pourront être proposées par l'ESAT que lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre du projet d'établissement et sous réserve des moyens qui lui sont alloués par l'aide sociale à la charge de l'Etat. (Article L 344-4 du Code de l'aide sociale et de la famille). (Réf/article 3 du 23 décembre 2007).

La personne accueillie (ou son représentant) aura préalablement à la conclusion du contrat de soutien et d'aide par le travail, reçu le projet d'établissement.

# SOMMAIRE

<b>1. ETAT CIVIL :</b> .....	3
<b>2. VOTRE SITUATION FAMILIALE :</b> .....	3
a. Coordonnées de votre conjoint(e) : .....	3
b. Coordonnées du représentant légal : .....	3
c. Coordonnées de la famille .....	4
<b>3. EN CAS D'URGENCE :</b> .....	4
a. Qui prévenir en cas d'Urgence ? .....	4
b. Médecin traitant : .....	5
<b>4. TRANSPORT :</b> .....	5
<b>5. HEBERGEMENT :</b> .....	5
<b>6. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL</b> .....	6
<b>7. ATELIER SOUHAITE :</b> .....	6
<b>8. NOTRE NIVEAU SCOLAIRE :</b> .....	7
<b>9. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL :</b> .....	7
<b>10. TENUE DE TRAVAIL : (en cas d'admission)</b> .....	7

---

# *FICHE D'INFORMATIONS*

---

## **1. ETAT CIVIL :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Lieu :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Numéro téléphone :** ...../.....

**N° sécurité sociale :** .....

**N° Caf :** ..... **N° MDPH :** .....

## **2. VOTRE SITUATION FAMILIALE :**

**Vous êtes :**    **Célibataire**    **Marié(e)**    **Vie Maritale**    **Pacsé**

**Vous avez un Enfant ou des enfants :**    **Oui**    **Non**

**Si oui combien ?** ..... **Âge (s) :** .....

### **a. Coordonnées de votre conjoint(e) :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Email :** .....

**Téléphone :** .....

### **b. Coordonnées du représentant légal :**

SI REPRESENTANT LEGAL MERCI DE PRECISER :

- Curateur / Curatrice
- Tuteur / Tutrice

**Organisme :** .....

**Nom et prénom du représentant** .....

**Adresse :** .....

**N° téléphone :** .....

**Mail :** .....

### c. Coordonnées de la famille

AVEZ-VOUS DES CONTACTS AVEC VOTRE FAMILLE ?

OUI  NON

POUVONS NOUS SOLICITER VOTRE FAMILLE :

OUI  NON

#### **MERE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone : .....

#### **PERE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postale : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone : .....

### **3. EN CAS D'URGENCE :**

#### **a. Qui prévenir en cas d'Urgence ?**

- Représentant légal
- Conjoint(e)
- Mère
- Père
- Autre : Nom : ..... Prénom : .....

Lien : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

## b. Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

## c. Suivi médical :

CMP       Psychologue       Psychiatre       autre : .....

Rythme des Rendez-vous : .....

Nom : .....

Lieu : .....

## d. Contre-indication Médicales (avec contrôle de la médecine du travail)

Allergie : .....

Adaptation du poste : .....

Horaire de travail : .....

## 4. TRANSPORT :

### a. Quel type de transport utilisez-vous ?

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> A pied     | <input type="checkbox"/> À vélo              |
| <input type="checkbox"/> En scooter | <input type="checkbox"/> Voiture sans permis |
| <input type="checkbox"/> Voiture    | <input type="checkbox"/> Bus                 |

## 5. HEBERGEMENT :

Vous habitez :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Logement autonome bailleur social | <input type="checkbox"/> Logement autonome bailleur privé |
| <input type="checkbox"/> Chez vos parents                  | <input type="checkbox"/> Foyer                            |
| <input type="checkbox"/> Famille d'accueil                 |   |

Depuis le : .....

Nom de Etablissement d'accueil : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

## **6. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

### **a. Bénéficier-vous d'un suivi avec un ou une assistante sociale ?**

OUI

NON

Quelle Structure : .....

Nom du référent : .....

Numéro Téléphone .....

Mail : .....

### **b. Bénéficiez-vous d'un S.A.V.S ?**

OUI

NON

Si oui, depuis quand ?.....

Quelle Structure : .....

Nom du référent : .....

Numéro Téléphone .....

Mail : .....

### **c. Bénéficier-vous d'un SAMSAH ?**

OUI

NON

Si oui, depuis quand ?.....

Quelle Structure : .....

Nom du référent : .....

Numéro Téléphone .....

Mail : .....

## **7. ATELIER SOUHAITE :**

### **LAVILLEDIEU**

- Conditionnement
- Jardin Espace Vert
- Maintenance
- Hygiène des locaux
- Apiculture
- Indifférent

### **COUCOURON**

- Conditionnement
- Jardin Espace Vert
- Maintenance
- Hygiène des locaux
- 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)

## **8. NOTRE NIVEAU SCOLAIRE :**

Collège       lycée       BAC       MASTER

## **9. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL :**

Quelle sont vos expériences professionnelles précédant :

Date	Nom de l'entreprise	Secteur activité

## **10. TENUE DE TRAVAIL : (en cas d'admission)**

Votre taille en veste : 38    40    42    44    46    48    50    Autre : .....

Votre taille en pantalon : 38    40    42    44    46    48    50    Autre : .....

Votre pointure : .....

Fait a : ..... Le ...../...../.....

**Signature du candidat :**

---

## ***PIECES A JOINDRE***

---

	Documents demandés	Documents reçu
➤ Photocopie pièce d'identité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie de la carte d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Livret de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie de la carte mutuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie de la carte vitale ou attestation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie de l'assurance responsabilité civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie attestation CAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Relevé d'identité bancaire (RIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photo identité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Notification d'orientation professionnelle MDPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Notification d'orientation RQTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Rapport de situation d'autre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie du jugement de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## ***PARTIE RESERVE A L'ESAT***

---

DATE DE VISITE DE L'ATELIER : ...../...../.....

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE : ...../...../.....

DATE DE COMMISSION : ...../...../.....

**AVIS DE LA COMMISSION :**

FAVORABLE                       DEFAVORABLE

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

**STAGE :**

PERIODE : ...../...../.....

**ATELIER CONCERNE :**

**LAVILLEDIEU**

**COUCOURON**

- Conditionnement
- Jardin Espace Vert
- Maintenance
- Hygiène des locaux
- Apiculture

- Conditionnement
- Jardin Espace Vert
- Maintenance
- Hygiène des locaux

**BILAN DE STAGE : EN ANNEXE**

**COMMISSION DE SUIVI DE STAGE :**

FAVORABLE                       DEFAVORABLE

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

DATE ENTREE EN ESAT : ...../...../.....

**ATELIER CONCERNE :**