

Date de la demande :

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

*Atelier alterné • Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)  
ESAT avec hébergement • ESAT avec un service d'accompagnement à la vie sociale*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire en structure d'aide 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 finistériens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux structures d'aide par le travail concernées 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 :         ou

Courriel :  @

# Modalités d'accueil sollicitées

## MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE (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 atelier alterné (ESAT-AA)
- ☐ ESAT avec service d'accompagnement à la vie sociale (ESAT-SAVS)

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                               |                     |
|          | Centre équestre                       |                     |
|          | 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  
 ESAT avec SAVS : ☐ 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<br>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...) |     |     |      |            |

| VEILLE DE NUIT              | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|
| Besoin d'une veille de nuit |     |     |

| RÉGIME ALIMENTAIRE   | OUI | NON | PRÉCISER (Le cas échéant) |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|
| Régime alimentaire   |     |     |                           |
| Texture particulière |     |     |                           |

| FONCTIONS SENSORIELLES | BONNE | MOYENNE | MAUVAISE |
|------------------------|-------|---------|----------|
| Ouïe                   |       |         |          |
| Vue                    |       |         |          |

## Appareillage

- ☐ Canne      ☐ Déambulateur      ☐ Fauteuil roulant manuel      ☐ Fauteuil roulant électrique

- ☐ Orthèse ou prothèse      ☐ Appareil auditif

- ☐ Autre (préciser) : .....

### Observations complémentaires

Vos réactions ou votre comportement vous semblent-ils toujours appropriés à la situation (vie sociale, vie collective, relation aux autres...) ?

**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 du Finistère** - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées  
32 Boulevard Dupleix - CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex

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          | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Préciser :             |                                                           |
| Rééducation            | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Préciser :             |                                                           |

| PATHOLOGIES ASSOCIÉES                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                     | ALD |
|                                                                     |     |
| Allergies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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<br>Préciser : |     |     |
| Sonde naso-gastrique             |     |     |
| GPE                              |     |     |
| Fausse routes                    |     |     |
| Autres :                         |     |     |

| SOINS TECHNIQUES |
|------------------|
|                  |

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

| DATE ET SIGNATURE<br>DU MÉDECIN QUI<br>RENSEIGNE LE DOSSIER<br><i>(Cachet obligatoire)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |

| COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS |
|---------------------------------|
|                                 |

| TAILLE | POIDS |
|--------|-------|
|        |       |