Des engagements pour un devenir

Le Clos du Nid

SATéLi

☎ 04.66.32.08.07 – Fax. 04.66.32.21.03 - 💻 sateli@closdunid.asso.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

Dossier établi le ...../...../..... par

NOM :..... PRENOM .....

Qualité : .....

Coordonnées : .....

.....

.....

☎ .....

LE CANDIDAT

NOM:..... PRENOM.....

Nom de jeune fille : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Nationalité : .....

Lieu de travail.....

Foyer d'Hébergement de .....

Situation familiale .....

Assuré Social - Matricule .....

Allocataire C.A.F. – Matricule .....

Complémentaire Maladie .....

Assurance Responsabilité Civile

Nom et numéro police .....

MESURE DE PROTECTION

NATURE : ☐ Tutelle ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée:

Adresse et coordonnées du représentant légal .....
.....
.....
☎ .....

ORIENTATION M.D.P.H.

Prononcée le .....
Valable du ..... au .....

PIECES A FOURNIR

- ☐ Notification C.D.A.P.H. (en cours de validité)
- ☐ Prise en charge Aide Sociale
- ☐ Attestation Responsabilité Civile
- ☐ Une photo d'identité
- ☐ Copie attestation Sécurité Sociale + assurance complémentaire
- ☐ Copie carte d'identité

PROFIL

SPHERE DU QUOTIDIEN

- Le candidat est-il repéré dans le temps ☐ OUI ☐ NON
- Le candidat sait-il gérer son argent de poche ☐ OUI ☐ NON
- Sait-il lire l'heure ☐ OUI ☐ NON
- Le candidat est-il repéré dans l'espace ☐ OUI ☐ NON

HABITUDES ALIMENTAIRES

- Mange seul ☐ OUI ☐ NON
- Avec une aide ponctuelle ☐ OUI ☐ NON
- Régime alimentaire (joindre la prescription médicale) ☐ OUI ☐ NON
- Allergies alimentaires ☐ OUI ☐ NON
- Une collation ou un goûter sont –ils nécessaires ☐ OUI ☐ NON
- Appareil dentaire ☐ OUI ☐ NON
- Risque de fausse route ☐ OUI ☐ NON
- Une surveillance particulière est-elle nécessaire ☐ OUI ☐ NON

  Préciser la nature de cette surveillance :

  .....

  .....

  .....
- Consommation de café ☐ OUI ☐ NON
- Consommation de vin à table ☐ OUI ☐ NON
- Consommation de tabac ☐ OUI ☐ NON

HYGIENE CORPORELLE

- Autonome ☐ OUI ☐ NON
- Aide partielle ☐ OUI ☐ NON
- Existe-t-il des problèmes d'élimination ☐ OUI ☐ NON
- *Préciser la nature des problèmes :*

  .....

  .....

REPOS

- Une sieste peut-elle se révéler nécessaire ☐ OUI ☐ NON

  ☐ Au fauteuil ☐ Au lit

  Durée moyenne : .....

HABITUDES VESTIMENTAIRES

- ☐ Autonome ☐ aide partielle
- Tendance à se dévêtir (frileux, etc…) ☐ OUI ☐ NON

  Précisions :

  .....

  .....

EFFETS PERSONNELS

- Téléphone portable ☐ OUI ☐ NON

  Dans l'affirmative, numéro : .....

DEPLACEMENTS

- ☐ Marche seul(e) ☐ aide partielle
  Précision :
  Sur quelle durée : .....
  Quelle distance : .....
- Bicyclette ☐ OUI ☐ NON
- Mobylette, scooter ☐ OUI ☐ NON
- Voiture ☐ OUI ☐ NON

COMMUNICATION

- ☐ Verbale ou ☐ Infra verbale
- Acuité visuelle ☐ Normale ☐ Lunette/lentilles
- Acuité auditive : ☐ Normale ☐ Prothèse ☐ Malentendant
- Communication écrite : ☐ Texte ☐ Dessin ☐ Informatique

COMPORTEMENT

- Volontaire ☐ OUI ☐ NON
- Angoissé / opposition ☐ OUI ☐ NON
- Besoin de stimulation ☐ OUI ☐ NON
- Risque d'isolement ☐ OUI ☐ NON

SANTE

- Traitement actuel en cours ☐ OUI ☐ NON
- Allergies ☐ OUI ☐ NON
  Lesquelles : .....
  Conduite à tenir : .....
  .....
  .....
- Diabète ☐ OUI ☐ NON
- Epilepsie ☐ OUI ☐ NON
- Le candidat dispose t'il d'un accompagnement Psychiatrique ☐ OUI ☐ NON

MOTIVATIONS – CENTRE D'INTERETS - LOISIRS

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

DONNEES MEDICO-SOCIALES

NOM :..... PRENOM ..... AGE .....

ORIGINE :

… Foyer d'hébergement de

.....

.....

☎ ....

… E.S.A.T. de

.....

.....

☎ ....

MEDECIN TRAITANT (COORDONNEES)

.....

.....

☎ ....

TEMPS LIBERE

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	☐	☐	☐	☐	☐
Après-midi	☐	☐	☐	☐	

ELEMENTS DU PROJET PERSONNALISE ET/ OU PROFESSIONNEL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....