



3 Allée des Marronniers
44260 SAVENAY

Contact : Sophie Latour
Coordinatrice du Service des Usagers
02 28 21 26 26 / slatour@cap-lan.fr

DOCUMENTS A FOURNIR AVANT L'ARRIVEE

- ❑ Photocopie Carte d'Identité
- ❑ Livret de famille ou extrait acte de naissance
- ❑ Carte Vitale + Attestation CPAM à jour
- ❑ Carte de Mutuelle de l'année en cours
- ❑ Photocopie Carte d'Invalidité (recto/verso)
- ❑ Photocopie Notification d'Orientation de la MDPH **obligatoire**
- ❑ Photocopie Jugement de tutelle ou curatelle ou autre mesure de protection
- ❑ Photocopie Assurance responsabilité civile **obligatoire**
- ❑ Certificat médical et de vaccination (certificat ci-joint à faire remplir par le médecin traitant. Pour les vaccinations, il peut être joint la photocopie du carnet de vaccinations ou du carnet de santé).
Ces documents devront être remis sous enveloppe cachetée.
- ❑ 1 prescription médicale indiquant la possibilité ou pas de donner 1 antalgique en cas de douleurs (maux de tête...)
- ❑ 1 photo récente
- ❑ Photocopie de la dernière notification CAF
- ❑ 1 RIB

**DOSSIER D'INSCRIPTION
DEMANDE DE STAGE / ADMISSION**

**ESAT - SA ESAT - SAVS – FAH
La Soubretière
3 allée des Marronniers 44260 SAVENAY**

Contact : Sophie Latour / Coordinatrice du Service des usagers
Tél : 02.28.21.26.26 Adresse mail : slatour@cap-lan.fr

Date d'inscription :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : **Prénom** :
Date de Naissance :/...../..... **Lieu** :
N° Sécurité sociale ou MSA :/...../...../...../...../...../...../...../.....
Adresse :
Téléphone : **Mail** :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Pas de mesure de protection Demande d'instruction en cours
Curatelle / Curatelle renforcée Tutelle Sauvegarde de justice
Personne(s) / Organisme responsable de la mesure :
Lien de parenté éventuel :
Adresse :
Tél : Mail :

Coordonnées de la personne à contacter pour la demande d'inscription

Nom : **Organisme / Lien avec l'utilisateur** :
Téléphone : **Mail** :

EXPOSEZ VOTRE PROJET (Merci de joindre un curriculum vitae)

Cocher la ou les cases correspondant à votre demande :

Ateliers ESAT

Savenay :

- Restauration
- Blanchisserie
- Sous Traitance
- Nettoyage industriel
- Espaces verts

Blain :

- Menuiserie
- Espaces verts
- Sous Traitance

Prestations annexes

- FAH (Foyer d'Accueil et d'Hébergement)
- SA ESAT (Section Annexe d'ESAT)
- SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- CAPIJH (Cellule d'Appui du Parcours Individualisé du Jeune Handicapé)

➤ **Pourquoi voulez-vous effectuer un stage / travailler en ESAT ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INITIATIVE DE LA DEMANDE : (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Vous
- Tuteur / Famille
- Établissement d'accueil actuel
- Autres

➤ **Quel est l'objectif de ce stage ? Qu'en attendez-vous ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
ESAT SA ESAT SAVS FAH
DESTINE AU MEDECIN PSYCHIATRE DE L'ETABLISSEMENT
(Pour respecter le secret médical, insérer ce certificat dans une enveloppe cachetée)**

ETAT-CIVIL ET DECLARATION DU DEMANDEUR

A remplir obligatoirement par lui-même ou le service demandeur

- Nom _____ Prénom _____ Nom de jeune fille _____
- Date de naissance _____ Lieu _____
- Adresse : n° _____ Rue ou lieu-dit _____ Bât _____ Etage _____
Code postal _____ Commune _____ Bureau distributeur _____
Téléphone (indispensable) _____
- Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(e) Vie maritale
- Nombre d'enfants _____ Sont-ils à charge ? oui non Si oui, combien ? _____
- Profession habituelle _____ Dernière profession exercée _____
- Date de cessation du travail _____ Motif de cessation du travail _____
- Situation actuelle : Maladie Longue maladie Chômage Retraite
- Invalidité : 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie (**joindre une photocopie de la décision**)
- Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité ? oui non Taux _____% S.D.P. D.A. Canne blanche Cécité
- Date de validité **Joindre obligatoirement une photocopie de cette carte au certificat médical**
de la carte : du _____ au _____
- Bénéficiez-vous d'une Allocation aux Adultes Handicapés ? oui non
- Bénéficiez-vous d'une autre pension ? oui non Si oui, précisez : _____
- Percevez-vous des indemnités journalières ? oui non
- Avez-vous fait récemment une demande de carte d'invalidité auprès de la CDA ? oui non

INITIATIVE DE LA DEMANDE

- Vous
- Tuteur / Famille
- Établissement d'accueil actuel
- Autres

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Votre patient a fait une demande d'admission / stage à l'ESAT La Soubretière - 44260 SAVENAY
Pour cette admission, votre collaboration est indispensable.

■ ANTECEDENTS (préciser l'année)

• psychiatriques

.....
.....

• médicaux

.....
.....

• chirurgicaux

.....
.....

■ DIAGNOSTICS PRECIS du handicap ou psychique (à l'origine de la demande), symptômes particuliers, date d'apparition, caractère chronique ou évolutif, dates d'hospitalisation éventuelles

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

■ EVOLUTION RECENTE ET NATURE DU SUIVI ACTUEL (médical, paramédical, fréquence des consultations)

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

■ ORIGINE DU HANDICAP

maladie congénitale professionnelle accidentelle accident du travail : date
 A.V. publique ou autre : date

■ A-t-il une invalidité reconnue par la CPAM

- OUI
 NON

■ EXAMEN MEDICAL

• Etat général Poids (kg) Taille (m)
• Aspect général
• Thérapeutique en cours (si traitement de longue durée, préciser lequel)

■ APPAREIL RESPIRATOIRE (préciser si oxygénothérapie, trachéotomie et les résultats des examens complémentaires éventuels)

.....

■ APPAREIL DIGESTIF (dentition, paroi abdominale, orifices herniaires,...)

.....

■ APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

- cœur
- état artériel
- état veineux
- T°puls ECG éventuels
- Signes d'insuffisance cardiaque

■ APPAREIL GENITO-URINAIRE

- pas d'incontinence incontinence occasionnelle nocturne incontinence occasionnelle diurne
- incontinence totale urinaire et/ou fécale

■ SYSTEME NERVEUX (préciser de façon détaillée la nature du handicap pour pouvoir chiffrer l'invalidité qu'il entraîne)
handicaps moteurs et/ou sensitifs (précis)

- autres symptômes

■ ETAT PSYCHIQUE

- Le requérant sait-il :
 - lire ? oui non écrire ? oui non parle-t-il ? oui non
 - téléphoner ? oui non compter ? oui non lire l'heure ? oui non
 - prendre seul le bus ? oui non
- Remarques sur le comportement (troubles caractériels, passivité, agressivité, anxiété, désorientation temporo-spatiale ou simples erreurs de repérage, fugues).....

■ OS ET ARTICULATIONS, ETAT MUSCULAIRE (détailler la nature du handicap)

- Limitation des amplitudes articulaires (en degré)
- Amylose
- Raccourcissement ou rétraction des membres
- Amputation : localisation précise
 - prothèses cannes fauteuil roulant déambulateur état grabataire
- La situation debout est-elle : non pénible pénible impossible
- S'il est en fauteuil roulant, l'intéressé(e) effectue-t-il ses transferts seule(e) ? oui non

■ AUTRES APPAREILS (endocrinologie, peau, ganglions, etc)

■ APPAREIL SENSORIEL

- Audition normale diminuée appareillage
- Vision : port de verres correcteurs oui non
- En cas de cécité ou de quasi-cécité, l'acuité visuelle doit être obligatoirement chiffrée par un ophtalmologiste

Acuité visuelle après correction, vision centrale

	> 1/10 ^{ème}	≤ 1/10 ^{ème}	≥ 1/20 ^{ème}	< 1/20 ^{ème}
Œil droit				
Œil gauche				

Cachet de l'ophtalmologiste
 Date et signature

- Diagnostic
- Pronostic

N.B un certificat spécifique modèle 10041 peut être réclamé au bureau d'Aide Sociale de la Mairie

■ AUTONOMIE

- Le requérant vit : seul(e) avec son conjoint dans sa famille
 autre ou établissement (préciser)
- Marche seul(e) chez lui oui non
- Marche seul(e) hors de chez lui oui non
- Présence d'une aide-soignante ou d'une infirmière pour les soins oui non

- Le requérant nécessite-t-il une aide pour : le ménage les courses préparer les repas
- Présence d'une aide ménagère oui non Nombre d'heures par semaine

■ OBSERVATIONS PARTICULIERES DU MEDECIN EXAMINATEUR

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

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, demeurant
..... à Tél.
certifie avoir examiné à mon cabinet à son domicile, le
 M Mme Mlle

Cachet



Signature