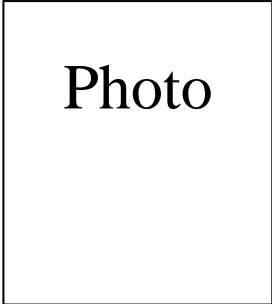


**Dossier de candidature
ESAT LA VALBARELLE**



Contact :

ESAT La Valbarelle
93, Bd de la Valbarelle
Lot 301-302
13011 Marseille

↳ Service SMS : Mme Stéphanie VALON / M. Sofiane MAJERI

Tél. : 04.91.89.83.01

Mail : esatlavalbarelle@formationmetier.fr

Candidat :

Femme

Homme

Nom :

Prénoms :

Date de Naissance A

Nationalité :

Adresse :

.....

Tél :

Etes-vous déjà travailleur dans un ESAT ? Oui Non

Sur quelles activités avez-vous travaillé ?

.....

Logement : Indépendant

Familial

Etablissement, lequel ?

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)
Pacsé(e) Vie maritale

Nombre d'enfants à charge :

Pour quelle section postulez-vous ?

- Espaces verts
- Bâtiment
- Fabrication de palettes
- Menuiserie
- Conditionnement et assemblage
- Restauration
- Entretien des locaux
- Aide administratif

Date de la demande :

DOCUMENT A FOURNIR IMPERATIVEMENT
--

- Une demande écrite de la personne ressource (famille et/ou du tuteur légal)*
- Un curriculum vitae*
- Le dossier de candidature ci-joint*
- Une photo d'identité récente*
- Un rapport éducatif ou social établi par un travailleur social*
- La photocopie du livret de famille (l'ensemble des pages)*
- Pièce d'identité (en cours de validité)*
- Attestation de sécurité sociale + carte vitale*
- Attestation CAF*
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois*
- Coordonnées du médecin traitant*
- La notification de l'avis de la M.D.P.H avec orientation E.S.A.T.*
- Jugement de mise sous protection : curatelle ou tutelle (s'il y en a un)*
- Une attestation de responsabilité civile personnelle en cours de validité*
- Un relevé d'identité bancaire (original)*

Tout dossier de candidature incomplet annulera la demande de stage du candidat.

Attention : Le fait de remplir ce dossier ne constitue pas un engagement de votre part, ni de l'établissement. Dans le cas d'une admission, des pièces complémentaires pourraient vous être demandées.

A, le

Signature du candidat et / ou du demandeur

Procédure d'admission

Votre dossier sera examiné par l'équipe de l'ESAT. S'il est retenu nous vous proposerons un entretien lors duquel vous pourrez visiter notre établissement.

En cas d'avis positif, un stage non rémunéré de 2 à 4 semaines vous sera proposé. A l'issue de cette période la possibilité de renouveler votre stage ou une admission peut vous être proposée.

Quel est votre projet professionnel ?

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

Quels sont vos besoins en accompagnement social ?

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

NOTIFICATION MDPH (cocher les cases correspondantes)

Notification M.D.P.H orientation E.S.A.T. valable jusqu'au

Avec période d'essai Sans période d'essai

Reconnaissance travailleur handicapé RQTH Date d'échéance :

Autres :

.....
 Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

Autre.....

Demandes en cours :

.....

Numéro CAF :

Mesure de protection :

Oui Non

Si oui de quel type : Tutelle Curatelle renforcée Curatelle simple Protection Judiciaire

Nom / Organisme :

Adresse :

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

Tél : Mail :

Date de début de décision : date de renouvellement :

Bénéficiez-vous d'un accompagnement de service social ?

NON OUI

Si oui, lequel (nom, adresse) ?

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

Renseignements concernant la famille et / ou la personne ressource

PARENTS

Nom et Prénom du Père :

.....

Date de Naissance : A

Adresse :

.....

.....

.....

Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

Nom et Prénom de la Mère :

.....

Date de Naissance : A

Adresse :

.....

.....

.....

Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

Indiquez, le cas échéant, les noms, prénoms et dates de naissances des enfants :

.....

.....

.....

Personne ressource :

Nom et Prénom :

Date de Naissance : A

Adresse :

.....

.....

.....

Lien de parenté :

Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom et Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Profession :

Lien de parenté :

Suivi médical

Pathologies principales :

- Accidents périnataux
- Autismes et autres Troubles Envahissants du Développement
- Psychose infantile
- Autre psychose
- Trisomie et autres aberrations chromosomiques
- Trauma-crâniens et autres lésions cérébrales
- Autres pathologies (précisez) :

Appareillages éventuels (auditifs, lunettes, ...) :

.....

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Avez-vous été hospitalisé depuis moins d'un an ? Dans quel service ?

.....

Motifs de l'hospitalisation :

Autonomie

Altérations des fonctions :

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Intellectuelles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Auditives | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Motrices | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Visuelles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Psychiques | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Troubles du comportement nécessitant un accompagnement spécifique Oui Non

Si oui précisez :

.....

Moyens de locomotion : Vélo Voiture Voiture sans permis Moto
Autres moyens de locomotion :

Savez-vous utiliser seul les transports en commun ? Oui Non

Scolarité

Avez-vous été scolarisé ? Oui Non

Dernière classe et établissement fréquenté :
.....

Savez-vous lire ? Oui Non

Savez-vous écrire ? Oui Non

Savez-vous calculer ? Oui Non

Autres formations :
.....

Observations complémentaires (recommandations utiles notamment) :

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

PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE

Nom Prénom / Organisme :

Adresse :
.....
.....

Téléphone : Mail :

Lien de parenté (éventuellement) :