



Association les Hardys Béhélec

56 140 St Marcel

TEL : 02.97.75.20.50 Fax : 02.97.75.27.35

EMAIL : accueil.asso@leshardysbehelec.fr

Dossier de candidature

Concernant Monsieur, Madame (Rayer les mentions inutiles)

NOM :

Prénom :

Admission en : ☐ ESAT / SAESAT ☐ SAVS

Demande de stage en : (Plusieurs choix possibles)

- ☐ Restauration
 ☐ Métallerie / bois
 ☐ Espaces verts
☐ Aviculture/Polyculture
 ☐ Centre d'emballage d'œufs
☐ Maraîchage
 ☐ Magasin de vente

Hébergement sur place pendant le stage nécessaire : ☐ oui ☐ non

Photo

A coller ici

Un dossier complet est une assurance d'un dossier pris en compte et étudié

CASES RESERVEES A L'ADMINISTRATION				
Synthèse :				Dossier complet : ☐ OUI ☐ NON
	Sur le dossier		Après la rencontre	
Médical				
CSP				
Resp technique				
Décision et orientation pour le stage découverte :		Atelier souhaité	☐ Maraichage ☐ Floriculture ☐ Restauration	☐ Bois/Métal ☐ Espaces vert ☐ Travaux Extérieurs ☐ Ferme
Nom du Référent ESAT -SAESAT			Nom du Référent SAVS	
Date du stage découverte			Hébergement sur site	

Renseignements administratifs

Candidat			
Date de naissance		Lieu de naissance	
N° de téléphone	/...../...../...../.....	N° de portable	/...../...../...../.....
Adresse actuelle		Adresse mail	
Situation familiale	☐ Célibataire	☐ Marié (e)/Pacsé	☐ Divorcé (e)
	☐ Séparé (e)	☐ Veuf(ve)	

Mesure de protection des majeurs :

Mesure			
Pas de mesure ☐	Demande en cours ☐	Curatelle Aménagée ☐	
Curatelle simple ☐	Curatelle renforcée ☐	Tutelle ☐	
Personne ou organisme ayant la mesure de protection du majeur			
Adresse complète			
N° de téléphone	/...../...../...../.....		
Lien de parenté éventuel avec le majeur			
Adresse facturation (hébergement, repas)			

Les orientations (M.D.P.H / M.D.A)

A cocher :

- ☐ Carte d'invalidité
- ☐ Orientation reconnaissance travailleur handicapé (RQTH)
- ☐ Orientation E.S.A.T
- ☐ Orientation S.A.V.S



Ressources

C.A.F / M.S.A

N° Allocataire	N°		
	OUI	NON	Organisme Payeur
A.A.H (Allocation Adulte Handicapé)			
P.I (pension d'invalidité)			
I.J (indemnités journalières)			
A.L. ou A.P.L (allocation logement ou aide personnalisée au logement)			

Moyen de transport

☐ Vélo ☐ Mobylette ☐ Scooter ☐ Moto ☐ Voiturette ☐ Voiture ☐ Aucun

Pièces à fournir :

- | | |
|---|---|
| ☐ Photocopie du permis de conduire | ☐ Photocopie notifications M.D.P.H / M.D.A |
| ☐ Photocopie du jugement de protection (curatelle, tutelle, ...) | ☐ Photocopie attestation de droit de santé |
| ☐ RIB | ☐ Photocopie Mutuelle |
| ☐ Photocopie de carte d'invalidité | |
| ☐ Attestation de responsabilité civile | |



FICHE DE RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Personne concernée

Date fait le	/...../.....
Nom et Prénom	
Adresse	
TEL	/...../.....//.....
N° Portable	/...../.....//.....

Médecin

Médecin traitant	
Adresse	
Téléphone	/...../.....//.....

Personnes à contacter	1 ^{ère} personne	2 ^{ème} personne
NOM		
Prénom		
Lien de parenté		
Adresse		
TEL	/...../.....//.....	/...../.....//.....
N° Portable	/...../.....//.....	/...../.....//.....

Consentements éclairés des Informations partagées

Mon espace sante



Consentement à :

- La consultation et dépôt de documents sur le **Dossier Médical Partagé**
- L'échange de façon sécurisée sur votre messagerie citoyenne

Consentement à l'espace sante :



☐ J'autorise



☐ Je m'oppose

Fait à Saint Marcel,
Le/...../.....

Signature de l'utilisateur :

Via Trajectoire



Consentement à la consultation de l'intégralité de votre dossier (décisions d'orientation transmises par la MDPH, Dossier Unique Admission, ...)



☐ J'autorise l'Association Les Hardys Béhélec à accéder aux informations complémentaires de ViaTrajectoire (plateforme informatique des Maisons Départementales des Personnes Handicapées)



☐ Je m'oppose

Fait à Saint Marcel,
Le/...../.....

Signature de l'utilisateur :

Partage d'information



Il est aussi important d'avoir le consentement de la personne accompagnée pour le partage des informations la concernant.

L'accompagnement est assuré par une **équipe pluridisciplinaire tenue au secret partagé** par contrat.

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle

Nom : **Prénom :**

Date et lieu de naissance : À :

Admis (e) au sein de l'Association Les Hardys Béhélec



☐ J'autorise le partage d'informations (Professionnels d'accompagnement médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, curateur,...)



☐ Je m'oppose au partage d'information (hors prise en charge/accompagnement institutionnel)

Fait à Saint Marcel,
Le/...../.....

Signature de l'utilisateur :

Recueil « de l'usager » sur son consentement du Droit à l'image

On appelle "**droit à l'image**" le droit de toute personne physique à disposer de son image, quelle que soit la nature du support de publication ou de diffusion de l'image.

Selon l'article 9 du Code civil : La législation distingue cependant deux cas de figure : • si la personne est photographiée ou filmée de manière reconnaissable dans un lieu public ou privé, son autorisation est nécessaire avant toute diffusion publique quel que soit le support (dans la presse, dans un livre, sur une affiche ou un tract, sur un site **Internet** ou à la télévision).

L'autorisation est nécessaire avant toute diffusion publique quel que soit le support (dans la presse, dans un livre, sur une affiche ou un tract, sur un site **Internet** ou à la télévision) • si le cliché ne permet pas de reconnaître la personne (notamment si elle est fondue dans la foule), son autorisation n'est pas nécessaire.

A noter : si vous participez à une manifestation publique et que vous êtes photographié dans le défilé, l'image pourra être publiée dans la presse sans votre consentement en vertu du droit à l'information.

Exception : Une image prise dans le cadre de l'activité professionnelle ou publique de la personne peut être diffusée sans autorisation préalable si elle est utilisée à des fins d'actualité ou de travail historique et qu'elle ne porte pas atteinte à la dignité humaine.

En revanche, si la photographie a été prise dans le cadre de la vie privée (sur la plage pendant les vacances), une autorisation de publication est à nouveau indispensable.

Je soussigné(e),

M., Mme, Mlle

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance : À :

Adresse :

Téléphone : __/__/__/__

Admis (e) au sein de l'Association Les Hardys Béhélec, je peux être amené à être pris en photo, durant les activités de travail ainsi qu'au cours des activités de loisirs.



J'autorise l'Association Les Hardys Béhélec (ESAT et SAVS Saint Marcel) à disposer de mon image :

- ☐ Pour être utilisée dans des communications (réseaux sociaux, journal interne, document institutionnel, Dossier médical,....)

OU

- ☐ **uniquement** dans le dossier médical et médico-social informatisé, pour un meilleur accompagnement



☐ Je m'oppose à la diffusion d'image (photo ou vidéo) sur lesquelles je figure.

Fait à Saint Marcel,

Signature de l'usager :

Le/...../.....

Désignation de la personne de confiance

(Article L311-5-1 du CASF)

Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance dans les conditions définies au premier aléa de l'article L.1111-6 du code de la santé publique. Cette désignation est valable sans limitation de durée, à moins que la personne n'en dispose autrement. Lors de cette désignation, la personne accueillie peut indiquer expressément, dans le respect des conditions prévues au même article L.1111-6, que cette personne de confiance exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée dudit article, concernant les usagers du système de santé (par exemple : en cas d'hospitalisation, d'accompagnement fin de vie) selon les modalités précisées par le même code.

La personne de confiance :

- Est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits,
- Si la personne le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions, mais elle ne vous remplace pas
- Elle peut prendre connaissance du dossier médical en votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord,
- Il est recommandé de lui donner vos directives anticipées si vous les avez rédigées,

Lorsqu'une mesure de protection judiciaire est ordonnée et que le juge ou le conseil de famille, s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459* du code civil, la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille, s'il est constitué, ou à défaut du juge des tutelles.

Lorsque la personne de confiance est désignée antérieurement au prononcé d'une telle mesure de protection judiciaire, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer sa mission, soit la révoquer.

*Article 459 : Modifié par [LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 116](#)

La personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.



Formulaire de désignation de la personne de confiance / Directives anticipées

mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom :Prénom :
Né(e) le : à

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ Désigne :

Nom :Prénom :
Né(e) le : à
Qualité (lien avec la personne) :
Adresse :
.....
Téléphone fixe : Portable :
Téléphone professionnel : Portable :
E-mail :@.....

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à, le

Signature

Co-signature de la personne de confiance

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : ☐ Oui ☐ Non

Je lui ai fait part de mes **directives anticipées**, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : ☐ Oui ☐ Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Fait à, le

Signature

Co-signature de la personne de confiance



Activités professionnelles :

Joindre un C.V

Historique de la situation du candidat

(social / professionnel)

(Partie à remplir par l'institution ou les personnes vous aidant dans vos démarches administratives)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Fait à :

Le :

Nom et signature de la personne ayant complété ce dossier



Dossier de candidature - Volet 2



Renseignements médicaux :

Nom et Prénom	
----------------------	--

(Volet à remplir par le médecin traitant ou le psychiatre référent et à retourner **sous pli confidentiel** au Psychiatre de l'association Les Hardys Béhélec 56140 SAINT MARCEL)

Médecins	Traitant	Psychiatre
Nom		
Adresse		
Téléphone	/...../...../...../.....	/...../...../...../.....

Suivi :

Secteur ☐ Hôpital de Jour ☐ Consultation ambulatoire ☐ Libéral ☐

Antécédents :

.....

.....

.....

Allergies :

.....

.....

.....

Symptomatologie actuelle et diagnostic :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Traitement actuel

➤ Prescripteur habituel :

Joindre si besoin la photocopie des prescriptions

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Acceptation des prises : Seul ☐

Sous surveillance ☐

Préparation d'un semainier nécessaire : Oui ☐

Non ☐

Observations particulières :

.....

.....

.....

.....

Comportements à l'égard des toxiques (alcool, cannabis ...) :

.....

.....

.....

Date et signature	Cachet