

#### Association les Hardys Béhélec 56 140 St Marcel

**TEL**: 02.97.75.20.50 **Fax**: 02.97.75.27.35

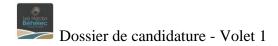
**EMAIL**: <a href="mailto:accueil.asso@leshardysbehelec.fr">accueil.asso@leshardysbehelec.fr</a>

# Dossier de candidature

Concernant Monsieur, N	Madame (Rayer les mentions inutiles)	
NOM :		Photo
Prénom :		A coller ici
Admission en : $\Box$	ESAT / SAESAT ☐ SAVS	
Demande de stage en	: (Plusieurs choix possibles)	
	☐ Métallerie / bois ☐ Espaces vert☐ Centre d'emballage d'œufs☐ Magasin de vente	CS .
<b>Hébergement</b> sur place	e pendant le stage nécessaire : 🔲 o	oui 🗆 non

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

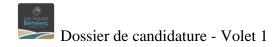
	CASES RESERVEES A L'ADM	IINISTRATION	
Synthèse :			Dossier complet :  ☐ OUI ☐ NON
	Sur le dossier	Après la ren	contre
Médical			
CSP			
Resp technique			
Décision et orientation pour le stage découverte :	Atelier souhaité	☐Floriculture ☐Restauration	□Bois/Métal □Espaces vert □Travaux Extérieurs □Ferme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



# Renseignements administratifs

Candidat					
Date de			Lieu de		
naissance N° de téléphone	///	' /	naissance N° de portable	//	
·	•••••/ ••••••/	/	·	//	····/ ······/ ·····
Adresse actuelle			Adresse mail		
Situation	☐ Célibataiı	re [	□ Marié (e)/Pa	csé 🗆 Divo	rcé (e)
familiale	□ Séparé (d	<b>a)</b>	☐ Veuf(ve)		
	Separe (		_ veui(ve)		
		_			
Mesure de pro	tection des	majeurs	5:		
Magues					
Mesure		<b>D</b> 1			, 5
Pas de mesure		Demande		Curatelle Amén	
Curatelle simple		Curatelle r	renforcée 🗆	Tutelle	
Personne ou organ	-				
mesure de protect	lion du majeur				
Adresse complète					
N° de téléphone		/	///		
Lien de parenté év	ventuel avec le				
majeur					
Adresse facturatio	n				
(hébergement, re	pas)				
Les orientatio	ns (M.D.P.H	/ M.D.A	(1)		
A cocher:					
☐ Carte d'inva	lidité				
☐ Orientation	reconnaissance	travailleur	handicapé (RQTI	H)	
☐ Orientation	E.S.A.T				
☐ Orientation	SAVS				

E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page 2 sur 12-



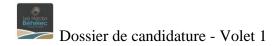
# Ressources

#### 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)			

Moy	en de transport				
□ Vé	lo □ Mobylette □ Scooter □ Moto	□ Vo	iturette	□ Voiture	□ Aucun
Piè	ces à fournir :				
	Photocopie du permis de conduire		Photocop	oie notifications	s M.D.P.H /
	Photocopie du jugement de protection		M.D.A		
	(curatelle, tutelle,)		Photocop	oie attestation	de droit de
	RIB		santé		
	Photocopie de carte d'invalidité		Photocop	oie Mutuelle	
	Attestation de responsabilité civile				

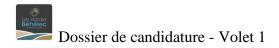
E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page 3 sur 12-



### FICHE DE RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Personne concerné	ee	
Date fait le	/	
Nom et Prénom		
Adresse		
TEL	///	
N° Portable	///	
Médecin		
Médecin traitant		
Adresse		
Tálámbama	//	
Téléphone	//	//
Telephone	//	//
Personnes à contact		2 <sup>ème</sup> personne
Personnes à contact		
Personnes à contact		
Personnes à contact  NOM  Prénom		
Personnes à contact  NOM  Prénom  Lien de parenté		

E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page **4** sur **12**-



Consentement à l'espace sante :

# Consentements éclairés des Informations partagées

☐ Je m'oppose

#### Mon espace sante

☐ J'autorise

Consentement à :

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

Fait à Saint Marcel, Le/	Signature de l'usager :
Via Trajectoire	<b>Via</b> Trajectoire
Consentement à la consultation de l'intégralité de transmises par la MDPH, Dossier Unique Admissi	
	Béhélec à accéder aux informations (plateforme informatique des Maisons apées)
☐ Je m'oppose	
Fait à Saint Marcel, Le/	Signature de l'usager :
Partage d'information	
Il est aussi important d'avoir le consentement de la pe partage des informations la concernant.	rsonne accompagnée pour le
L'accompagnement est assuré par une <b>équipe pluri</b> e par contrat.	disciplinaire tenue au secret partagé
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle Nom:Prénom:	
Date et lieu de naissance :À :Admis (e) au sein de l'Association Les Hardys Béhéle	
☐ J'autorise le partage d'informations (Pr paramédicaux, médico-sociaux, curate	ofessionnels d'accompagnement médicaux, eur,)
institutionnel)	n (hors prise en charge/accompagnement
Fait à Saint Marcel, Le/	Signature de l'usager :

E1.1.05x V7 Dossier de candidature

Page 5 sur 12-

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

# 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,....) 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 :

E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page 6 sur 12-

#### 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

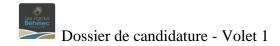
La personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

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.

E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page 7 sur 12-

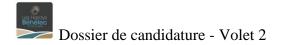


# Formulaire de désignation de la personne de confiance / Directives anticipées

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

Je soussigne(e)
Nom:Prénom:
Né(e) le : à
□ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
□ Désigne :
Nom :
Né(e) le : à à
Qualité (lien avec la personne):
Adresse:
Téléphone fixe : Portable :
Téléphone professionnel : Portable :
E-mail:@
Comme personne de confiance en application de l' <u>article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</u> .
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 <u>L. 1111-6 du code de la santé publique</u> , selor les modalités précisées par le même code : □ Oui □ Non
Je lui ai fait part de mes <b>directives anticipées</b> , telles que définies à l'article <u>L. 1111-11 du code</u> <u>de la santé publique</u> , 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

E1.1.05x V7 Dossier de candidature



# Dossier SOCIAL / PROFESSIONNEL

#### Activités professionnelles :

Joindre un C.V

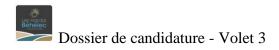
Joinule un C.	V									
Historique de	la s	ituation o	du c	cand	didat					
(social / profession (Partie à remplir administratives)	nel)					vous	aidant	dans	vos	démarches
-										

E1.1.05x V7 Dossier de candidature

Fait à : .....

Nom et signature de la personne ayant complété ce dossier

Le:.....



# Renseignements médicaux :

Nom et Prénom					
(Volet à remplir par le méd <b>confidentiel</b> au Psychi					
Médecins	Traitant			Psychiatre	
Nom					
Adresse					
Téléphone	/	·····/····/·		/	/
Suivi :					
Secteur   Hôpital de 3	lour $\square$	Consultatio	on ambula	atoire $\Box$ Lib	éral 🗆
Antécédents :					
Allergies :					
Symptomatologie a	ictuelle	et diagnos	tic:		

E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page 11 sur 12-

#### **Traitement actuel**

<b>lédicaments</b>	Matin	Midi	Soir	Coucher
				I .
paration d'un semainie	r nécessaire : Oui	urveillance 🗆	n 🗆	
éparation d'un semainie	r nécessaire : Oui	□ No		
éparation d'un semainie	iculières :	□ No		
éparation d'un semainie	r nécessaire : Oui	□ No		
éparation d'un semainie	iculières :	□ No		
éparation d'un semainie	iculières :	□ No		
éparation d'un semainie	iculières :	□ No		
éparation d'un semainie	iculières :	□ No		
ceptation des prises :  éparation d'un semainie  bservations part  omportements à  Date et si	iculières :  l'égard des toxiqu	□ No		

E1.1.05x V7 Dossier de candidature Page 12 sur 12-