

Date de la demande :

# Inscription en structures d'aide par le travail pour personnes adultes handicapées

*Atelier alterné • Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)  
ESAT avec hébergement • ESAT avec un service d'accompagnement à la vie sociale*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire en structure d'aide par le travail pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services finisté-riens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux structures d'aide par le travail concernées par votre démarche d'inscription.

**Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH, de transmettre une copie de votre carte nationale d'identité et de prendre contact avec les responsables des établissements de votre choix afin de faciliter votre inscription.**

## État civil

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le

Commune de naissance : ..... Code postal

Situation de famille (*cocher la case correspondante*) : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)   
Pacte civil  Concubinage  Veuf/veuve

## COORDONNÉES

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal

Téléphone :           ou

Courriel : .....@.....

# Modalités d'accueil sollicitées

**MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE** (cocher la case correspondante) :

- Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- ESAT avec hébergement individuel (ESAT-UVE)
- ESAT avec hébergement collectif (ESAT- Foyer d'Hébergement)
- ESAT avec atelier alterné (ESAT-AA)
- ESAT avec service d'accompagnement à la vie sociale (ESAT-SAVS)

**Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement** (ou de la zone géographique) **auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :**

## Atelier souhaité

Nous attirons votre attention sur le fait que les ateliers mentionnés ci-dessous ne sont pas proposés par tous les ESAT. Vous pouvez contacter l'ESAT de votre choix avant de vous prononcer sur un atelier et de définir un ordre de priorité chiffré.

À COCHER	ATELIER	PRIORITÉ (1,2,3...)
	Espaces verts	
	Menuiserie	
	Mobilier de jardin	
	Palettes / Caisses	
	Papeterie / Cartonnerie	
	Bois de chauffage	
	Maraîchage / Floriculture	
	Agro-alimentaire	
	Elevage	
	Restauration / Hôtellerie	
	Bâtiment / Peinture	
	Blanchisserie / Textile	
	Mécanique / Métallurgie	
	Artisanat	
	Multimédia	
	Imprimerie / Sérigraphie	





---

# Votre situation actuelle

---

**Vous êtes actuellement hébergé(e)** (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière :

Depuis le

En établissement (IME, Foyer de vie ...) :

Depuis le

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) :

Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal

Téléphone :

---

# Motivations de la demande

---

**Cette demande est liée à** (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) : .....

**Délai souhaité**

Immédiat

De 1 à 6 mois

Supérieur à 6 mois

**Observations éventuelles du demandeur** (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





# Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accueil en structure de travail (Merci de cocher les cases correspondantes).

<b>MOBILITÉ</b>	<b>SEUL</b>	<b>AIDE PARTIELLE</b>	<b>AIDE TOTALE</b>
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

<b>EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI</b>	<b>PAS DE DIFFICULTÉ</b>	<b>DIFFICULTÉ MOYENNE</b>	<b>NE FAIT PAS</b>
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

<b>VIE DOMESTIQUE ET COURANTE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>SEUL</b>	<b>ACCOMPAGNÉ</b>
Gérer son traitement				
Assurer son hygiène corporelle				
Faire ses courses				
Préparer un repas simple				
Entretien du linge, vêtements...				
Faire son ménage				
Gérer son budget				
Gestion du réveil, être ponctuel				
Participation à des activités (sportives, culturelles, sorties...)				





**CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL**

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :  
**Département du Finistère** - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées  
32 Boulevard Dupleix - CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le / /  à .....

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)

# DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION POUR PERSONNES HANDICAPÉES

*(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)*

PERSONNE CONCERNÉE	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	

ORIGINE DU HANDICAP	

MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	
Prénom :	
Commune :	
N° de Téléphone :	
Courriel :	

TRAITEMENT(S) EN COURS	
Soins cutanés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	
Rééducation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
ALD	
Allergies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
CHIRURGICAUX	
PSYCHIATRIQUES	

**TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

**ALIMENTATION**

	OUI	NON
Régime alimentaire		
Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausse routes		
Autres :		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS**

--

**CONDUITE À RISQUE**

Alcool :
Tabac :
Autres :

**SOINS TECHNIQUES**

--

**MÉDECINS SPÉCIALISTES**

Nom / Prénom	Spécialité

**VACCINATIONS**

Anti-tétanique - DTP
Anti-pneumococcique
Anti-grippal
Autres :

**DATE ET SIGNATURE  
DU MÉDECIN QUI  
RENSEIGNE LE DOSSIER**  
*(Cachet obligatoire)*

**TAILLE****POIDS**