



LES
PAPILLONS BLANCS
DE BERGERAC

DOSSIER DE CANDIDATURE ADULTES

Dossier à remettre le :

Dossier remis le :

AVIS Favorable Défavorable A affiner

6 avenue Paul Painlevé – 24112 BERGERAC

ESAT BROUSSE SAINT CHRISTOPHE	esatbsc@pb24.fr
Site de Brousse	Tél : 05.53.74.45.80
24112 BERGERAC	Fax : 05.53.57.17.26
Site de St Christophe + SAJ	Tél : 05.53.74.45.70
24112 BERGERAC	Fax : 05.53.27.16.41
ESAT ET SAJ GAMMAREIX	Tél : 05.53.80.83.10
GAMMAREIX	Fax : 05.53.80.19.92
24140 BELEYMAS	secretariat.gammareix@pb24.fr
RESIDENCE LA BRUNETIÈRE	Tél : 05 53 61 59 00
Route de la Brunetière	Fax : 05 53 61 93 30
24112 BERGERAC Cedex	hebergement@pb24.fr
FOYER AUGIÉRAS	Tél : 05 53 57 52 37
8 avenue Paul Painlevé	Fax : 05 53 61 74 62
24112 BERGERAC Cedex	hebergement@pb24.fr
FHAR PAUL-ANDRÉ	Tél : 05 53 80 83 12
Gammareix	Fax : 05 53 80 19 92
24140 BELEYMAS	secretariat.gammareix@pb24.fr
SAVS / SAMSAH	Tél : 05.53.23.85.33
20 rue Pozzi	Fax : 05.53.57.09.47
24112 BERGERAC	savs@pb24.fr – samsah@pb24.fr
FOG	Tél : 05 53 80 83 11
Gammareix	Fax : 05 53 80 19 92
24140 BELEYMAS	secretariat.gammareix@pb24.fr
FAM LES MUSCADELLES	Tél : 05 53 61 59 00
Route de la Catte	Fax : 05 53 61 93 30
24112 BERGERAC	hebergement@pb24.fr
FAM PHV	Tél : 05 53 27 18 24
6 rue Jean Galmot	Fax : 05 53 24 77 17
24540 MONPAZIER	compta.famphv@pb24.fr



DOSSIER ADMINISTRATIF

PHOTO
D'IDENTITÉ

Les renseignements suivants concernent la personne qui souhaite être admise.

1 - ÉTABLISSEMENT OU SERVICES DEMANDÉS

- ESAT Brousse Saint Christophe SAJ Brousse Saint Christophe ESAT Gammareix SAJ Gammareix
 Résidence la Brunetière Foyer Augiéras FHAR Paul-André SAVS SAMSAH
 Foyer occupationnel (FOG) FAM Les Muscadelles FAM PHV

PRÉCISIONS (ATELIER D'ESAT PAR EXEMPLE).....
.....

2 - PERSONNE

Copie du titre de séjour pour les étrangers

NOM PRÉNOM

Homme Femme DATE DE NAISSANCE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE.....

NATIONALITÉ.....

SITUATION DE FAMILLE

3 - COORDONNÉES ACTUELLES

TÉLÉPHONE..... E-MAIL

Établissement Famille Seul Autre PRÉCISEZ

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE.....

4 - COORDONNÉES D'UN RÉFÉRENT DE L'ENTOURAGE

Famille..... Autre.....

NOM PRÉNOM

TÉLÉPHONE..... E-MAIL

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE.....



5 - DEMANDE D'ADMISSION

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE

CONTACT POUR LA DEMANDE

.....

NOTES.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6 - ORIENTATIONS MDPH

Copie des notifications

DÉPARTEMENT ET VILLE DE LA MDPH

TYPES D'ORIENTATION Esat SAJ FAM SAVS Samsah

Foyer de vie adulte Foyer d'hébergement

MODALITÉS..... RÉFÉRENCE DU DOSSIER.....

DATE DE DÉBUT..... DATE DE FIN.....

7 - MESURE DE PROTECTION

Copie du jugement

Aucune Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle

Autre (précisez).....

ORGANISME TUTÉLAIRE OU LIEN DE PARENTÉ.....

MANDATAIRE(S) – NOMS + COORDONNÉES.....

.....

.....

8 - MÉDECIN TRAITANT

NOM

ADRESSE

.....

TÉLÉPHONE.....



DOSSIER CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

1 - HISTOIRE DE VIE

DATE DÉBUT	DATE FIN	ÉVÉNEMENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES QUE VOUS ESTIMEZ UTILES DE FOURNIR (PAR EXEMPLE : ALLERGIE, ÉPILEPSIE, PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES...)

.....

.....

.....

.....

.....

3 - ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

3.1 - Communication Très bonne Bonne Moyenne Faible

Moyen de communication Parole Gestes Autre

.....



3.2 - Autonomie générale

	Aucune aide	Guidance verbale	Aide partielle	Aide totale
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repérer dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire / écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signaler quand il a ou se sent mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiser ses loisirs et ses temps libres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adapter sa tenue vestimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une hygiène corporelle adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer la propreté de son habitat / poste de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acheter et préparer ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 - Sociabilité : relation avec l'entourage

.....

.....

.....

3.4 - Consommations et comportements potentiellement addictifs

Tabac Alcool Autre addiction

.....

3.5 - Autonomie dans les déplacements

Sait se déplacer sans se perdre Non Si le trajet est connu Oui

	Non	Vélo	Scooter	Voiture sans permis	Voiture
Sait utiliser un moyen de locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispose d'un moyen de locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coordonnées et fonction de la personne ayant rédigé la demande.....

.....

Fait à Le

Signature



