



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               |
| <b>Site de Brousse</b>             | Tél : 05.53.74.45.80          |
| 24112 BERGERAC                     | Fax : 05.53.57.17.26          |
| <b>Site de St Christophe + SAJ</b> | Tél : 05.53.74.45.70          |
| 24112 BERGERAC                     | Fax : 05.53.27.16.41          |
| <br>                               |                               |
| ESAT ET SAJ GAMMAREIX              | Tél : 05.53.80.83.10          |
| GAMMAREIX                          | Fax : 05.53.80.19.92          |
| 24140 BELEYMAS                     | secretariat.gammareix@pb24.fr |
| <br>                               |                               |
| 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           |
| <br>                               |                               |
| FOYER AUGIÉRAS                     | Tél : 05 53 57 52 37          |
| 8 avenue Paul Painlevé             | Fax : 05 53 61 74 62          |
| 24112 BERGERAC Cedex               | hebergement@pb24.fr           |
| <br>                               |                               |
| FHAR PAUL-ANDRÉ                    | Tél : 05 53 80 83 12          |
| Gammareix                          | Fax : 05 53 80 19 92          |
| 24140 BELEYMAS                     | secretariat.gammareix@pb24.fr |
| <br>                               |                               |
| 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 |
| <br>                               |                               |
| FOG                                | Tél : 05 53 80 83 11          |
| Gammareix                          | Fax : 05 53 80 19 92          |
| 24140 BELEYMAS                     | secretariat.gammareix@pb24.fr |
| <br>                               |                               |
| FAM LES MUSCADELLES                | Tél : 05 53 61 59 00          |
| Route de la Catte                  | Fax : 05 53 61 93 30          |
| 24112 BERGERAC                     | hebergement@pb24.fr           |
| <br>                               |                               |
| 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, INTERNAT OU EXTERNAT, PAR EXEMPLE) .....

## 2 - PERSONNE

NOM ..... PRÉNOM .....

## 3 - SITUATION ACTUELLE

ETABLISSEMENT / SERVICE / ECOLE / ETC. ....

ADRESSE .....

Établissement    Famille    Seul    Autre   PRÉCISEZ .....

TÉLÉPHONE..... E-MAIL .....

## 4 - DEMANDE D'ADMISSION

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE .....

CONTACT POUR LA DEMANDE .....

NOTES.....

# PARTIE À NE PAS REMPLIR POUR LES PERSONNES DÉJÀ ACCUEILLIES AUX PAPILLONS BLANCS

## 5 - INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Copie du titre de séjour pour les étrangers

Homme  Femme      DATE DE NAISSANCE .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE .....

NATIONALITÉ ..... SITUATION DE FAMILLE .....

## 6 - COORDONNÉES D'UN RÉFÉRENT DE L'ENTOURAGE

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

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉLÉPHONE ..... E-MAIL .....

ADRESSE .....

.....

## 7 - 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     AAH       RQTH

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

DATE DE DÉBUT ..... DATE DE FIN .....

## 8 - 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 .....

.....

.....

## 9 - MÉDECIN TRAITANT

NOM .....

ADRESSE .....

.....

TÉLÉPHONE .....

Nom et prénom de la personne : .....

# 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





