



**DOSSIER POUR UNE ADMISSION  
OU UN STAGE  
A L'ESAT D'OLMET  
AVEC OU SANS HEBERGEMENT  
A LA RESIDENCE D'OLMET**

**✉ OLMET 15800 VIC SUR CERE**

**☎ 04.71.47.51.81**

**Fax 04.71.47.38.28**

**[secretariat@acapolmet.fr](mailto:secretariat@acapolmet.fr)**

**Siret 775 728 462 000 26**

**Géré par l'Association ACAP Olmet**



## **PARTIE 1 : SIGNALÉTIQUE**

**MERCI DE  
COLLER UNE  
PHOTO  
D IDENTITE**

### **IDENTITE**

Nom.....  
Nom de jeune fille.....  
Prénoms.....  
Date de naissance.....  
Lieu de naissance.....  
Nationalité.....

### **ADRESSES**

*Domicile principal*.....  
.....  
Téléphone .....  
Portable.....  
Mail.....  
*Domicile secondaire (famille/parents)*.....  
.....  
Téléphone .....  
Portable.....  
Mail.....

#### *Domicile de secours*

**Définition** : Article L.122-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles :

« Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'Aide Sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L.441-1, L.442-1 et L.442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours. »

Pour une demande d'admission dans un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale, indiquez ici le domicile de secours de la personne handicapée.

Adresse domicile de secours.....  
.....

### **PERSONNES DE CONFIANCE**

Nom.....  
Lien.....  
Téléphone et adresse mail.....

## **AIDANT FAMILIAL**

Indiquer ici les coordonnées de la personne qui s'occupe habituellement de la personne handicapée, chez qui elle se rend régulièrement le weekend ou vacances

Nom.....  
Lien de parenté.....  
Téléphone.....  
Profession.....  
Adresse.....  
Téléphone et adresse mail.....

## **PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME**

Nom.....  
Lien.....  
Téléphone et mail.....

Nom.....  
Lien.....  
Téléphone et mail.....

Nom.....  
Lien.....  
Téléphone et mail.....

## **COUVERTURE MALADIE**

**Fournir les pièces justificatives**

Nom.....  
Prénom.....  
N° assuré.....  
Etablissement.....  
Adresse.....

## **MUTUELLE**

**Fournir les pièces justificatives**

Nom.....  
Adresse.....  
Téléphone.....  
N° de contrat.....  
Date de validité : du..... au.....

## **TRAJETS**

Fournir les pièces justificatives

Moyens de transports utilisés :  Bus  
 Train  
 Vélo/Cyclo  
 Taxi  
 Voiture sans permis  
 Voiture avec permis

Si vous prenez le bus ou le train, merci de préciser :

ALLER : Ligne.....  
Arrêt.....  
Horaires.....

RETOUR : Ligne.....  
Arrêt.....  
Horaires.....

Avez-vous la carte SNCF ter Billet Solidarité ?  oui  non

## **PARTIE 2 : MODE ADMINISTRATIF DE PRISE EN CHARGE**

### **CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES**

Fournir les pièces justificatives

Caisse.....  
N° allocataire.....  
Code confidentiel (si vous le souhaitez).....

### **MESURE DE PROTECTION**

Fournir les pièces justificatives

oui  
 non  
 en cours  
Si oui, de quel type :  tutelle  
 curatelle renforcée  
 curatelle simple  
 sauvegarde de justice

Organisme.....  
Nom et prénom de la personne.....  
Adresse.....  
.....  
Téléphone.....  
Mail.....

## **MDPH**

### **Fournir les pièces justificatives**

RQTH  oui  non

AAH  oui  non

Carte d'invalidité  oui  non

Complément de ressources  oui  non

Département .....

N° de dossier.....

## **INVALIDITE**

### **Fournir les pièces justificatives**

Pension d'invalidité  oui  non

Organisme qui verse cette pension.....

Adresse.....

Téléphone.....

Montant.....

## **PARTIE 3 : CURSUS INSTITUTIONNEL / SCOLARITE**

### **Fournir les pièces justificatives**

Pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé.

#### **Période de 0 à 5 ans (établissements pour enfants) :**

.....  
.....  
.....

#### **Période de 6 à 14 ans (établissement pour enfants) :**

.....  
.....  
.....

#### **Période après 14 ans (établissements pour adolescents) :**

.....  
.....  
.....

#### **Age adulte (établissements pour adultes ou emplois) :**

.....  
.....  
.....  
.....

## **PARTIE 4 : FAMILLE**

Fournir les pièces justificatives

### **Famille naturelle**

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation matrimoniale		
Profession		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Si décédé, année du décès		

### **Famille d'accueil**

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation matrimoniale		
Profession		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Si décédé, année du décès		

**Fratric**  oui  non

Si oui, nombre de frère(s) et/ou sœur(s).....

Rang dans la fratrie.....

Si pas assez de place, merci de compléter sur papier libre le tableau ci-dessous

Nom			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Date de naissance			

Parenté *			
Situation matrimoniale			
Profession			
Adresse			
Téléphone			
Mail			
Si décédé, année du décès			
Placé dans un établissement spécialisé ? si oui, lequel			

\*frère, sœur, 1/2 frère, 1/2 sœur, famille recomposée, autre...

Commentaires / observations .....

.....

.....

.....

## **PARTIE 5 : SITUATION SOCIALE**

- Situation matrimoniale**  célibataire  
 marié (e)  
 union libre  
 divorcé (e)  
 pacsé (e)  
 séparé (e)  
 veuf (ve)

**Conjoint**  oui  non

Nom.....

Nom de jeune fille.....

Prénoms.....

Date de naissance.....

Lieu de naissance.....

Préciser si le conjoint est déjà accueilli ou s'est porté candidat dans l'établissement :

.....

**Enfant (s) à charge**  oui .....  non nombre.....

Nom	Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance	Lien de parenté

Observations.....  
.....  
.....

**Assurance Responsabilité civile**

Fournir les pièces justificatives

Nom.....  
Adresse.....  
Téléphone.....  
N° de contrat.....

**PARTIE 6 : SITUATION ACTUELLE**

**Indiquez le contexte et les raisons de la demande d'admission** (possibilité de faire un courrier)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Votre demande est-elle dans le cadre d'un rapprochement géographique ?**  oui  non

Précisez.....  
.....

**Etes-vous déjà travailleur dans un ESAT ?**  oui  non

Si oui lequel ?.....

**Avez-vous déjà une demande en cours dans un ESAT ?**  oui  non

Si oui lequel ?.....

**Mode de prise en charge actuel de la personne**

En établissement  à domicile  pas de prise en charge

Nom et type d'établissement ou du service à domicile :

.....  
.....

Adresse : .....

.....  
.....

Tél : .....

Depuis quelle date ? : .....

**Hébergement actuel de la personne**

En établissement

Nom et type d'établissement (si différent de l'établissement qui accueille en journée) .....

.....  
.....



Dans sa famille

Nom : .....

Lien de parenté : .....

En famille d'accueil

Nom : .....

Autres,

précisez: .....

## **PARTIE 7 : EVALUATION DE L'AUTONOMIE**

### **Q1/ Vous êtes capable de vous déplacer seul(e)**

à pied  à vélo  à mobylette/scooter  en transport en commun  en voiturette  En voiture

### **Q2/ Vous savez utiliser le téléphone sans aide**

téléphone portable  téléphone fixe

### **Q3/ Quotidiennement**

- Vous reconnaissez les pièces de monnaie et les billets en euros
- Vous savez manipuler les pièces de monnaie et les billets en euros
- Vous gérez seul(e) votre argent de poche
- Vous utilisez une carte de retrait
- Vous êtes capable de réaliser seul(e) un achat simple
- Vous gérez seul(e) l'ensemble de vos dépenses

### **Q4/ Pour les repas**

Vous savez préparer vos repas :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

Vous faites vos courses :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

### **Q5/ Pour le ménage**

Vous savez entretenir votre chambre :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

Vous savez entretenir votre linge :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

Vous savez entretenir les espaces de vie communs :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

### **Q6/ Pour la toilette**

Vous assurez votre hygiène corporelle :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

### **Q7/ Pour le suivi de votre santé**

Vous gérer vos rendez-vous médicaux :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non

Vous gérer votre traitement médicamenteux :

Seul(e)  sur sollicitation  avec aide  non







**FICHE ADMISSION (facultatif pour les périodes de stage)**

- courrier de demande d'admission du candidat
- copie de l'extrait d'acte de naissance
- copie du livret de famille
- coordonnées des parents et de toute la fratrie avec adresses et numéros de téléphone
- copie de la notification du jugement de mesure de protection
- copie notification aide sociale en cours de validité si hébergement demandé
- copie de la carte d'identité recto et verso
- copie de la carte vitale
- copie attestation des droits Sécurité sociale en cours de validité (CPAM, MSA, CMU) + préciser si ALD et dates de validité
- copie carte mutuelle en cours de validité
- copie attestation d'assurances (Responsabilité civile + Multirisques habitation + véhicules)
- 4 photos d'identité
- copie du permis de conduire + carte grise
- relevé d'identité bancaire
- copie attestation droits CAF avec n° allocataire (AAH + Allocation logement + etc. ...)
- copie code confidentiel pour accéder au dossier CAF sur internet
- copie notifications MDPH ou le cas échéant récépissé du dépôt de demande à la MDPH
  - RQTH
  - Orientation vers ESAT avec ou sans hébergement
  - Taux d'incapacité
  - AAH
  - Carte invalidité
  - PCH
- copie des 2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition
- copie attestation de pension d'invalidité (dernière)
- copie de la 1<sup>ère</sup> notification d'attribution avec la catégorie
- copie du carnet de santé / carnet de vaccination
- préciser si présence d'une carte bancaire
  - Carte de paiements .....  oui  Non
  - Carte de retraits .....  oui  Non
  - Montant plafonnés .....  oui  Non
- préciser si présence d'un chéquier  oui  Non
- dossier médical
- noms des médecins qui vous suivent
- copie du projet personnalisé
- bilans social, éducatif, psychologique

**ATTENTION**  
**DOSSIER INCOMPLET ET/OU**  
**TOUTE PIECE MANQUANTE ENTRAINERA**  
**UN REFUS DU DOSSIER**

**Merci de votre compréhension**