

**DOSSIER DE CANDIDATURE
ESAT-SAS Turbulences !**

**12 Boulevard de Reims
75017 Paris**
Tel : 01.42.27.47.31
Fax : 01.47.64.55.63
SIRET ESAT/SAS :
38851843300049-APE 9001 Z

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de prendre connaissance de nos modalités d'accueil et d'admission. Notre projet d'établissement et livret d'accueil sont disponibles sur notre site internet (www.turbulences.eu).

Nos établissements accueillent uniquement des personnes adultes autistes et troubles apparentés (Troubles Envahissant du Développement, Troubles du Spectre Autistique) ayant une notification ESAT ou SAS. Nos secteurs d'activités sont les suivant : arts vivants, conception graphique, restauration, couture, arts plastiques, régie/maintenance
Nous ne pouvons proposer de stage aux jeunes de moins de 18 ans

Par ailleurs, nous avons une procédure d'admission spécifique :

- Le dossier de candidature ci-joint doit nous être retourné dûment rempli, accompagné de comptes-rendus (médicaux, éducatifs et psychologiques).
- Après étude du dossier, nous proposons une première rencontre avec l'équipe de professionnels qui accompagne la demande.
- Si le projet est cohérent avec celui de Turbulences !, nous recevons le candidat accompagné des personnes de son choix. Enfin, nous considérons en équipe la pertinence et les modalités d'un stage.

Les autorités de tutelles (DASES, ARS) exigent que nous soyons sectorisés de ce fait **nous vous signalons que nous accueillons que des personnes domiciliées à Paris**. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre établissement.

Cordialement,

Mme SAURY Virginie
Psychologue
v.saury@turbulences.net

M SAVOUILLAN Rémi
Directeur
r.savouillan@turbulences.net

**Dossier unique de demande d'admission
et/ou de stage en établissement et
service médico-sociaux pour personnes
en situation de handicap**

Région Ile-de-France

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission.

Dorénavant il vous sera demandé une information unique quel que soit le nombre d'établissements que vous sollicitez.



Le dossier est à remplir une seule fois puis à photocopier pour envoi par courrier aux établissements sollicités.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.

L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.

s o m m a i r e

1

Volet administratif

2

Volet parcours personnel

3

Volet autonomie

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...).

1 Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

- **Etat civil**

Civilité (cocher la case correspondante)

☐ Madame☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent):

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu de naissance : Commune :

Code postal :

Pays :

■ Situation familiale

Situation de famille :
(cocher la case correspondante)

☐ Célibataire☐ Marié(e)☐ Pacsé(e)☐ Vie maritale☐ Séparé(e)☐ Divorcé(e)☐ Veuf/veuve

Nombre enfant(s) : | | Dont nombre d'enfant(s) à charge : | |

Nombre de frère(s) et sœur(s) : | | Dont nombre de personnes en situation de handicap | |

▪ **Renseignements administratifs et décision de la CDAPH**

N° de sécurité sociale : _____

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

Date d'effet de la décision : | | | | | | | | | |

Date de fin de la décision

2 Lieu de résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

☐ Domicile personnel

☐ Hébergé(e) au domicile familial : ☐ Mère ☐ Père ☐ Les deux ☐ Autre

☐ Structure médico-sociale* Depuis le :

☐ Structure sanitaire* Depuis le :

☐ Autre, préciser
(ex : hôtel, famille
d'accueil...)

- Adresse du lieu de résidence

Adresse :

Complément d'adresse :

Commune : Code postal :

Département :

N° téléphone :

E-mail :

3 Mesures de protection

- Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : ☐ Oui ☐ Non
(cocher la case correspondante) ☐ En cours d'évaluation ☐ Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle simple
(cocher la case correspondante) ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

■ Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de prévention ou de protection est-elle en place ? :

(cocher la case correspondante)

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours d'évaluation

☐ Ne sais pas

Si « Oui », s'agit-il d'une (cocher la case correspondante) :

☐ AED (Mesure d'Action Educative à Domicile)

☐ MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Educative)

☐ AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert)

☐ Ne sais pas

☐ Mesure de placement, A préciser :

☐ Autre, A préciser :

☐ Judicaire

.....

☐ Administrative

.....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Personne(s) à contacter

Liens (parents, tuteurs...) :

Liens (parents, tuteurs...) :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Code postal :

Code postal :

Commune :

Commune :

Département :

Département :

N° téléphone :

N° téléphone :

E-mail :

E-mail :

5. Situation actuelle

Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)):

▪ Accompagnement

- ☐ Accompagné par un service médico-social*
- ☐ Accompagné par un établissement médico-social*
- ☐ Hospitalisé en établissement sanitaire*
- ☐ Sans accueil ni accompagnement
- ☐ Accompagné par des professionnels libéraux
- ☐ Autre, à préciser :

▪ Scolarisation / Formation

- ☐ Scolarisé en milieu ordinaire
- ☐ Scolarisé en établissement médico-social *
- ☐ Formation professionnelle
- Si ULIS :
- ☐ ULIS Ecole ☐ ULIS Collège ☐ ULIS Lycée
- ☐ Autre, à préciser :

Situation actuelle pour les adultes :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

▪ Accompagnement

- ☐ Accueilli en famille d'accueil
- ☐ Accompagné par un service médico-social*
- ☐ Accompagné par un établissement médico-social*
- ☐ Hospitalisé en établissement sanitaire*
- ☐ Sans accueil ni accompagnement
- ☐ Accompagné par des professionnels libéraux
- ☐ Autre, à préciser :

▪ Formation / Emploi

- ☐ En formation professionnelle
- ☐ Exerce une activité professionnelle
- ☐ En recherche d'activité professionnelle
- ☐ Sans activité professionnelle
- ☐ Retraité
- ☐ Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

.....

.....

Médecins qui vous suivent habituellement

▪ Médecin traitant

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Code postal :
 Commune :
 Département :
 N° téléphone :
 E-mail :

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

▪ Médecin(s) spécialiste(s)

(exemples ; neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

Dans le cas où il y a un suivi par plusieurs médecins, merci de les préciser

Nom :	Nom :
Spécialité médicale	Spécialité médicale
Adresse :	Adresse :
.....	
.....	
Code postal :	Code postal :
Commune :	Commune :
Département :	Département :
N° téléphone :	N° téléphone :
E-mail :	E-mail :

Volet Administratif

E-mail :

Commentaires :

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

6. Structures fréquentées actuellement

▪ Scolarité / formation

Nom de **l'enseignant référent** pour la scolarisation des enfants handicapés (ERSEH) :

.....

N° de téléphone :

E-mail :

Nom de **l'établissement scolaire ou du centre de formation** fréquenté à l'heure actuelle :

.....

Adresse :

.....

Commune..... Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Scolarité ou formation actuellement suivie:

.....

Scolarité suivie (cocher la case correspondante) : ☐ A temps plein ☐ A temps partiel

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation :

▪ Etablissement / service

Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (**n°1**):

.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....

Commune : Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2):

.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....

Commune : Code postal : | | | | |

Département :

N° de téléphone : | | | | |

E-mail :

Date d'entrée dans la structure : | | | | |

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°3):

.....

Catégorie d'ESMS *:

Adresse :

.....

Commune : Code postal : | | | | |

Département :

N° de téléphone : | | | | |

E-mail :

Date d'entrée dans la structure : | | | | |

Commentaires :

.....

7. Parcours de vie

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Emploi(s) précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres / commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Projet de vie et attentes

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche/enfant ? (centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés...)

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Pouvez-vous décrire vos attentes ou celles de votre enfant/proche dans l'établissement ou le service que vous sollicitez ?

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

9. Autonomie

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
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			

Exigence générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyenne	Ne fait pas
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			

Vie domestique et courante	Oui	Non
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

Volet Autonomie

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s):

- ☐ Canne
 ☐ Déambulateur
 ☐ Fauteuil roulant manuel
 ☐ Fauteuil roulant électrique
☐ Lit médicalisé
 ☐ Orthèse ou prothèse
 ☐ Appareil auditif

Autre (préciser) :

.....

Observations:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Signature Signature

Liste des pièces à joindre au dossier

- ☐ Copie pièce d'identité
- ☐ Copie de la notification de la CDAPH (non obligatoire pour un stage)
- ☐ Copie de l'attestation de sécurité sociale
- ☐ Copie du jugement de tutelle, si concerné
- ☐ Eventuellement, copie du certificat médical joint avec le CERFA MDPH
- ☐ Copie de la notification d'orientation MDPH (non obligatoire pour un stage)
- ☐ Copie de l'attestation mutuelle
- ☐ Bilan(s) de stages
- ☐ Compte-rendu psychiatrique
- ☐ Compte-rendu éducatif

Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité.
La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou
du service médico-social :

Nom du Directeur
de la structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

Téléphone :

E-mail :

- ☐ Dossier complet
☐ Dossier incomplet, pièces manquantes :

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

Fait, le
A,

Tampon et signature du Directeur :

Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois compté de la réception de la demande. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou
du service médico-social :

Nom du Directeur
de la structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

Téléphone :

E-mail :

Décision :

- ☐ Admis
- ☐ Admissible, sur liste d'attente
- ☐ Non admissible

En cas d' « Non admissible », motivez :

.....

.....

.....

Fait, le

A,

Tampon et signature du Directeur :

Glossaire

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

*Liste des établissements médico-sociaux : Centre d'accueil médico-social précoce (**C.A.M.S.P.**) ; Centre Médico-Psycho-Pédagogique (**C.M.P.P.**) ; Institution médico-éducatif (**I.M.E.**) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (**I.T.E.P.**) ; Institut d'éducation motrice (**I.E.M.**) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (**E.E.A.P.**) ; Institut pour Déficients Auditifs (**I.D.A.**) ; Institut pour Déficients Visuels (**I.D.V.**) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (**B.A.P.U.**) ; Maison d'Accueil Spécialisée (**M.A.S.**) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (**F.A.M.**) ; **Foyer d'hébergement** (F.H.) ; **Foyer de vie** (F.V.) ; **Foyer d'accueil polyvalent** (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (**E.S.A.T.**) ; Centre de pré orientation (**C.P.O.**) ; Centre de rééducation professionnelle (**C.R.P.**)

*liste des services médico-sociaux : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**S.E.S.S.A.D.**) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**S.A.M.S.A.H.**) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (**S.A.V.S.**) ; Service de soins infirmiers à domicile (**S.S.I.A.D.**) ; Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (**S.P.A.S.A.D.**) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (**S.A.A.D.**)

*liste des établissements sanitaires : **Hôpital** ; **Hôpital de jour** ; Hospitalisation à domicile (**H.A.D.**) ; Centre médico-pédagogique (**C.M.P.**)

*Autres : Protection Maternelle et infantile (**PMI**) ; **Structures classiques** (halte-garderie, jardin d'enfants, centre de loisirs) ; Entreprise adaptée (**E.A.**)...