

Logement :

- Logement individuel Seul
 En couple

Logement collectif

Famille

Etablissement, précisez :

NOM du référent de l'établissement :

Téléphone :

Mail :

Situation médicale :

NOM, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

(Joindre la Fiche Médicale)

2. LA DEMANDE

- Stage de découverte
 Stage de pré-admission
 MISPE (Mise en situation Professionnelle en ESAT)

Je souhaite effectuer un stage :

En ESAT

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Espaces verts – Concarneau | <input type="radio"/> Entretien de locaux – Plonéour Lanvern |
| <input type="radio"/> Tri d'intercalaires – Concarneau | <input type="radio"/> Peinture - Plonéour Lanvern |
| <input type="radio"/> Sous-traitance – Concarneau | <input type="radio"/> Espaces verts – Plonéour Lanvern |
| <input type="radio"/> Couture – Concarneau | <input type="radio"/> Restauration – Plonéour Lanvern |
| <input type="radio"/> Peinture – Concarneau | <input type="radio"/> Sous-traitance – Plonéour Lanvern |
| <input type="radio"/> Scierie – Ergué-Gabéric | <input type="radio"/> Couture – Plonéour Lanvern |
| <input type="radio"/> Espaces verts – Ergué-Gabéric | <input type="radio"/> Réparation de palettes – Quimperlé |
| <input type="radio"/> Blanchisserie – Ergué-Gabéric | <input type="radio"/> Tri d'intercalaires – Quimperlé |
| <input type="radio"/> Restauration – Quimper | <input type="radio"/> Espaces verts – Quimperlé |
| <input type="radio"/> Fabrication de palettes – Quimper | <input type="radio"/> Pâtisserie – Traiteur - Rosporden |

En Hébergements

- Résidence Kerbascol – Plonéour Lanvern
 Résidence des Fontaines – Concarneau

Mes expériences (joindre un CV)

1. Niveau scolaire et écoles fréquentées :

2. Lieu de travail :

Mes objectifs :

1. Les objectifs du stage :

2. Les objectifs après le stage :

Mes habitudes : expliquer les besoins spécifiques et les habitudes

1. Repas :

Régime : Oui Non

Interdiction, allergies, régime : (joindre l'ordonnance médicale) :

Habitudes particulières :

2. Coucher / Sommeil :

Endormissement : Facile Difficile

Lever à la nuit : Non Oui

Informations complémentaires :

3. Participation sociale, aux activités :

Ce que j'aime faire :

Ce que je n'aime pas :

4. Communication :

Relation à l'autre : Aisée Difficile

Comportements face à une situation problème :

Attitudes face aux professionnels :

Attitudes face aux pairs :

Informations complémentaires :

5. Capacités :

- | | | | |
|--------------|-------------------------------|--|------------------------------|
| Téléphoner : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec de l'aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Lire : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec de l'aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Ecrire : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec de l'aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Entendre : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec un appareil | <input type="checkbox"/> Non |
| Voir : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec des lunettes | <input type="checkbox"/> Non |
- Informations complémentaires :

6. Besoins :

Situation de Handicap :

Difficultés :

Peurs ou angoisses :

Informations complémentaires :

Dossier complété par :

Nom, Prénom et Fonction de l'aidant si besoin :

.....
.....

Date :

Signature du stagiaire :

Signature de l'aidant :