

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 / Confirmation
 MISPE (Mise en situation Professionnelle en ESAT)

Je souhaite effectuer un stage :

En ESAT

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sous-traitance/Conditionnement - Keraudren | <input type="radio"/> Espaces Verts - Brest |
| <input type="radio"/> Sous-traitance/Cosmétique - Keraudren | <input type="radio"/> Espaces Verts - Pleyben |
| <input type="radio"/> Mise sous pli/Affranchissement - Keraudren | <input type="radio"/> Espaces Verts - Crozon |
| <input type="radio"/> Environnement/Entretien des locaux - Keraudren | <input type="radio"/> Espaces Verts - Daoulas |
| <input type="radio"/> Gravure - Kergaradec | <input type="radio"/> Jardinerie/Floriculture - Guipavas |
| <input type="radio"/> Menuiserie - Kergaradec | <input type="radio"/> Restauration « Cuisine » - Lavallot |
| <input type="radio"/> Blanchisserie - Kergaradec | <input type="radio"/> Restauration « Self » - Lavallot |

En Hébergements

- Résidence Mathurin Kerbrat - Plougastel Daoulas
 Résidence Garapin - Brest
 Résidence Kelou Mad - Brest

Mes expériences (joindre un CV)

1. Niveau scolaire et écoles fréquentées :

2. Lieu de travail :

3. Hébergements :

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, participation aux activités, centres d'intérêts :

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 autres :

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 |
| Transport : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec de l'aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Gestion du budget : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec de l'aide | <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 :