

Dossier d'inscription en liste d'attente

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'inscription en établissement et services pour personnes adultes handicapées.

Merci de bien vouloir nous retourner le dossier complété, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Notification MDPH en cours de validité.
- Volet médical (en dernière page), sous pli confidentiel, complété par le médecin.
- Photocopie d'une pièce d'identité.
- Le cas échéant, photocopie des mesures de tutelle ou curatelle.
- Listes ci-jointes complétées de vos choix d'établissements.
- Signature du dossier d'inscription en liste d'attente par le représentant légal (page10)

A réception du dossier complet, votre dossier sera enregistré en liste d'attente dans notre registre, auprès des établissements correspondants à votre orientation MDPH.

Dans tous les cas, merci de renvoyer le dossier uniquement à l'adresse suivante :

Les Papillons Blancs du Finistère
Service Parcours Personnes Accompagnées
5, rue Yves le Maout – CS 40026
29480 LE RELECQ-KERHUON

Merci de ne rien agraffer.

Pour tout complément d'information, vous pouvez nous contacter au 02 98 01 22 66 ou par mail à « admission@papillonsblancs29.fr ».

Veuillez agréer Madame, Monsieur l'expression de nos salutations les meilleures.

Service Parcours Personnes Accompagnées

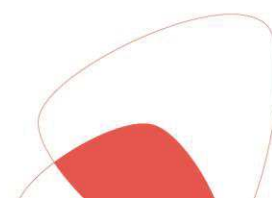
DIRECTION GÉNÉRALE ET SIÈGE SOCIAL

☎ 02 98 01 22 66 ✉ directiongenerale@papillonsblancs29.fr

Les Papillons Blancs du Finistère

📍 5, rue Yves le Maout - CS 40026 - 29480 LE RELECQ-KERHUON

www.papillonsblancs29.fr



Ajout / Retrait / Maintien d'inscription en liste d'attente

Document à nous retourner complété et signé.

Joindre impérativement toutes les notifications MDPH en cours de validité correspondantes à vos choix d'établissements.

Sans ces documents nous n'avons pas la possibilité d'enregistrer votre inscription sur nos listes d'attente.

Personne en attente d'accompagnement :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Est actuellement accompagné.e par l'établissement : _____

Représentant légal : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____

Agissant en qualité de : _____

Je souhaite retirer toutes les inscriptions sur les listes d'attente :

Motif du retrait : _____

Je souhaite ajouter ou conserver une ou plusieurs inscriptions sur les listes d'attente suivantes :

Cochez les cases correspondantes à vos choix pour vous inscrire en liste d'attente ou pour conserver une inscription déjà existante :

ESAT de Cornouaille et ESAT La Lande

Blanchisserie (Ergué-Gaberic)	
Couture (Concarneau)	
Espaces Verts Quimperlé	
Espaces Verts Concarneau	
Espaces Verts Ergué-Gaberic	
Menuiserie (Concarneau)	
Pâtisserie, traiteur (Rosporden)	
Peinture (Concarneau)	
Réparation de palettes (Quimperlé)	
Restauration collective (Quimper)	
Scierie (Ergué-Gaberic)	
Sous-traitance (Concarneau)	

ESAT du Pays Bigouden

Couture (Plonéour-Lanvern)	
Espaces verts (Plonéour-Lanvern)	
Peinture (Plonéour-Lanvern)	

ESAT du Pays Bigouden (suite)

Restauration, Entretien des locaux (Plonéour-Lanvern)	
Sous-traitance (Plonéour-Lanvern)	

ESAT Brestois

Blanchisserie (Brest)	
Espaces verts Lavallot (Guipavas)	
Espaces verts Daoulas	
Espaces verts Crozon	
Espaces verts Pleyben	
Environnement, entretien des locaux (Brest)	
Menuiserie (Brest)	
Cuisine (Guipavas)	
Prestations extérieures (Brest)	
Restaurant (Guipavas)	
Signalétique, gravure (Brest)	
Sous-traitance (Brest - Gouesnou)	

Foyers d'Hébergement pour travailleurs d'ESAT (Joindre l'orientation vers un FH ou EANM):

Résidence Kelou Mad (Brest)	
Hébergement temporaire – Kelou Mad	
Résidence Michel Garapin (Brest)	
Hébergement temporaire – M. Garapin	
Résidence Les Horizons (Brest)	
Hébergement temporaire – Les Horizons	
Résidence du Rivoal (Pleyben)	
Résidence de l'Iroise (Crozon)	
Résidence du Halage (Quimper)	
Résidence Les Fontaines (Concarneau)	
Résidence Kerbascol (Plonéour-Lanvern)	

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) (Joindre l'orientation vers un SAVS):

SAVS Brest	
SAVS Concarneau	
SAVS Pleyben / Crozon	

Je sous-signé(e)représentant légal de
reconnais avoir eu toutes les informations nécessaires relatives à la collecte des données à caractère personnel fournies, qui est réalisée dans le cadre du traitement précisé dans le courrier introductif, aux droits des personnes concernées, ainsi qu'aux voies de recours.

Date : _____

Signature :

Document à nous retourner accompagné des notifications MDPH, à l'adresse suivante :
Les Papillons Blancs du Finistère Service Parcours Personnes Accompagnées
5, rue Yves le Maout – CS 40026 - 29480 LE RELECQ-KERHUON
ou par mail à « admission@papillonsblancs29.fr ».

Date de la demande :

Inscription en structures d'aide par le travail pour personnes adultes handicapées

*Atelier alterné • Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
ESAT avec hébergement • ESAT avec un service d'accompagnement à la vie sociale*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire en structure d'aide par le travail pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services finistériens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux structures d'aide par le travail concernées par votre démarche d'inscription.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements de votre choix afin de faciliter votre inscription.

État civil

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le

Commune de naissance : Code postal

Situation de famille (*cocher la case correspondante*) : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)
Pacte civil Concubinage Veuf/veuve

COORDONNÉES

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel :@.....

Modalités d'accueil sollicitées

MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE (cocher la case correspondante) :

- Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- ESAT avec hébergement individuel (ESAT-UVE)
- ESAT avec hébergement collectif (ESAT- Foyer d'Hébergement)
- ESAT avec atelier alterné (ESAT-AA)
- ESAT avec service d'accompagnement à la vie sociale (ESAT-SAVS)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) **auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :**

Atelier souhaité

Nous attirons votre attention sur le fait que les ateliers mentionnés ci-dessous ne sont pas proposés par tous les ESAT. Vous pouvez contacter l'ESAT de votre choix avant de vous prononcer sur un atelier et de définir un ordre de priorité chiffré.

À COCHER	ATELIER	PRIORITÉ (1,2,3...)
	Espaces verts	
	Menuiserie	
	Mobilier de jardin	
	Palettes / Caisses	
	Papeterie / Cartonnerie	
	Bois de chauffage	
	Maraîchage / Floriculture	
	Agro-alimentaire	
	Elevage	
	Restauration / Hôtellerie	
	Bâtiment / Peinture	
	Blanchisserie / Textile	
	Mécanique / Métallurgie	
	Artisanat	
	Multimédia	
	Imprimerie / Sérigraphie	

Votre situation actuelle

Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière :

Depuis le

En établissement (IME, Foyer de vie ...) :

Depuis le

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) :

Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone :

Motivations de la demande

Cette demande est liée à (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) :

Délai souhaité

Immédiat De 1 à 6 mois Supérieur à 6 mois

Observations éventuelles du demandeur (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accueil en structure de travail (Merci de cocher les cases correspondantes).

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts			
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			

EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ 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	SEUL	ACCOMPAGNÉ
Gérer son traitement				
Assurer son hygiène corporelle				
Faire ses courses				
Préparer un repas simple				
Entretien du linge, vêtements...				
Faire son ménage				
Gérer son budget				
Gestion du réveil, être ponctuel				
Participation à des activités (sportives, culturelles, sorties...)				

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :
Département du Finistère - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
32 Boulevard Dupleix - CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le / / à Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)



Finistère

Penn-ar-Bed

LE DÉPARTEMENT

DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION POUR PERSONNES HANDICAPÉES

(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

ORIGINE DU HANDICAP

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Commune :

N° de Téléphone :

Courriel :

TRAITEMENT(S) EN COURS

Soins cutanés oui non

Préciser :

Rééducation oui non

Préciser :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES

ALD

Allergies oui non

Préciser :

ANTÉCÉDENTS

MÉDICAUX

CHIRURGICAUX

PSYCHIATRIQUES

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

CONDUITE À RISQUE
Alcool :
Tabac :
Autres :

MÉDECINS SPÉCIALISTES	
Nom / Prénom	Spécialité

ALIMENTATION		
	OUI	NON
Régime alimentaire Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausses routes		
Autres :		

SOINS TECHNIQUES

VACCINATIONS	
Anti-tétanique - DTP	
Anti-pneumococcique	
Anti-grippal	
Autres :	

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER <i>(Cachet obligatoire)</i>

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

TAILLE	POIDS

Par avance, merci de votre coopération.