



E.S.A.T. Sud-Loire

Demande de stage Fiche de renseignements

PHOTO

Identité

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Mobile : _____ Email _____

N° INSEE (Sécurité sociale) : _____

Situation : Célibataire Marié Vie maritale Divorcé/Séparé Enfant(s)

MDPH

N° dossier MDPH :Département: _____

Orientation ESAT : _____ Validité : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

RQTH : _____ Validité : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

AAH : _____ Validité : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Accompagnement SAVS _____ Validité : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Accueil en foyer d'hébergement _____ Validité : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Protection juridique (s'il y a lieu)

Type de mesure : _____

Organisme et nom du tuteur/curateur : _____

Adresse du tuteur ou du curateur : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

Logement

Autonome Précisez : Seul En colocation En couple
 CPP Famille Foyer Autre, précisez :

Transport

Moyen de transport envisagé pour le stage : Voiture Voiture sans permis
 Scooter/véломoteur Vélo Transports en commun A pied

Santé

Médecin traitant : _____

Coordonnées : _____

Psychiatre : _____

Coordonnées : _____

Traitement médical : Oui Non

Si oui : Auto-administré Injection (Qui _____)

Si auto-administré → Pilulier ? Oui Non

Oublis ? Oui Non

Epilepsie : Stabilisée Occasionnelle Fréquente Non

Spasmophilie : Stabilisée Occasionnelle Fréquente Non

Origine du handicap : _____

Séquelles physiques : _____

Séquelles cognitives (mémoire, attention...) :

Séquelles comportementales :

Autres éléments médicaux à signaler : Allergie / Régime / Vision / Audition /Contre-indication... :

Social

Etes-vous accompagné par un travailleur social ? Oui Non

Organisme : _____

Nom et coordonnées : _____

Ressources

AAH Pension d'invalidité Allocations chômage Autre _____

Éléments de Parcours

Parcours scolaire :

Dernière classe fréquentée : _____

Formations / Diplômes : _____

Parcours professionnel

Expérience(s) professionnelle(s) et/ou stage(s) _____

Stage(s) ou expérience(s) en ESAT :

Projet et objectifs du stage :

Informations complémentaires liées à l'équipement de travail

Pointure : _____

Taille de vêtement : S M L XL XXL

Droitier

Gaucher

Repas

L'ESAT Sud Loire fournit les repas **gratuitement** aux stagiaires, si vous souhaitez apporter vos propres repas, merci de le signaler ici :

Repas gratuits de l'ESAT

J'apporte mon propre repas

Végétarien : oui

non

*Une fois le document complété, merci de le renvoyer à esat@psyactiv.fr ou par voie postale à
ESAT Sud Loire, ZA 2 de Beau Soleil - 13 rue de la Grande Courbe 44450 St Julien de Concelles.*