



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

Stage-et-insertion@chenes-verts.fr

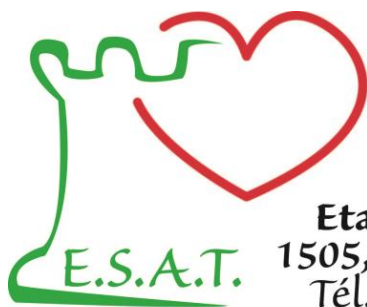
PIECES EN COURS DE VALIDITE A FOURNIR
(PHOTOCOPIES)

- dossier d'admission entièrement rempli
- les autorisations remplies
- carte d'identité OU titre de séjours pour les étrangers
- extrait d'acte de naissance
- permis de conduire (s'il y en a un)
- attestation de la sécurité sociale (CPAM)
- attestation de la C.A.F
- carte de mutuelle
- responsabilité civile
- diplôme(s) obtenu(s)
- notification de la décision de la MDPH, Reconnaissance en **Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)**,
Orientation en ESAT
Attribution de l'AAH
- jugement de mise sous protection : curatelle ou tutelle (s'il y en a un)
- carte d'invalidité (s'il y en a une)
- carnet de vaccination et certificat avec les dates de rappel
- dossier médical complet : - informations médicales
- dossier médical à l'attention du Dr SUREL
- désignation de la personne de confiance (si vous le souhaitez)
- 3 derniers bulletins de salaire si prise en charge ESAT

ORIGINAUX (à fournir lors de la mise en place de la période d'essai)

- 2 photos d'identité
- Un RIB (Relevé d'Identité Bancaire)

Toute pièce manquante entraînera un refus du dossier
Merci de votre compréhension



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

Dossier d'Admission

Cadre réservé à l'administration :

N° Dossier :

Entrée / Sortie :

Date demande d'admission : /...../...../...../

Date d'entrée : /...../...../...../

Date de sortie : /...../...../...../

1 - SIGNALÉTIQUE

1.1 - Identité : (fournir les pièces justificatives)

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Nom de jeune fille :

Date de naissance : /...../...../...../

Nationalité : Française Etrangère :

Commune : Département d'origine : /...../ Pays :

1.2 - Adresses :

Domicile principal (de l'ouvrier)

..... Tél :

Mail :

Domicile secondaire (famille/parents)

..... Tél :

Mail :

Autre Domicile ou adresse à nous communiquer

.....

..... Tél :

Mail :

1.3 - Personne à prévenir en cas de problème :

Nom : Lien : Tél :

Nom : Lien : Tél :

Nom : Lien : Tél :

Nom : Lien : Tél :

2.3 - Organismes de Décision : (fournir les pièces justificatives)

Secteur Enfant (personne de – 21 ans) : CDES

Carte d'invalidité Oui Non
 Juge pour enfants Oui Non
 ASE ou ADP Oui Non
 AEEH Oui Non
 Aide sociale Oui Non

Si oui, le n° :

Département /...../

N° Dossier /...../

Type de mesure :

Secteur Adulte : CDAPH

RQTH Oui Non
 AAH Oui Non
 Carte d'invalidité Oui Non
 Allocation compensatrice Oui Non

Si oui, le n° :

Autres prestations, précisez :

Département /...../

N° Dossier /...../

Type de mesure :

3 - CURSUS INSTITUTIONNEL / SCOLARITE

3.1 - Historique :

Année	Classe *	Observations/Remarques

* IME, IMPro, SEGPA, SESSAD, ITEP, cursus classique...

3.2 - Si cursus classique : (fournir les pièces justificatives)

Niveau d'étude générale : Primaire Collège Lycée et plus

Date de fin d'étude :

Diplôme(s) obtenus : Oui Non Si oui lequel :

Niveau d'étude technique : CAP BEP BP
 BAC BTS Autres, précisez :

Date de fin d'étude :

Précisez la spécialité :

Diplôme(s) obtenus : Oui Non Si oui lequel :

4.1 - Parents :

 Naturelle

 D'accueil

	Père	Mère
Nom – Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation matrimoniale		
Profession		
Adresse		
Numéro de téléphone		
Mail		
Si décédé, année du décès		

4.2 - Fratrie :

 Oui

 Non

Si oui, Nombre de frère(s) et sœur(s) :

Rang dans la fratrie :

Détails de la fratrie (S'il n'y a pas assez de place, merci d'écrire les renseignements au dos de cette page)

Nom – Prénom				
Date de naissance				
Parenté *				
Situation matrimoniale				
Adresse				
Numéro de téléphone				
Mail				
Si décédé, année du décès				
Placé dans un établissement spécialisé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel

* Frère, Sœur, ½ Frère, ½ Sœur, Famille recomposée, Autre...
(Merci de préciser si les liens sont du côté du père ou de la mère)

Commentaires / Observations :

.....

.....



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
 1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
 Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

INFORMATIONS MEDICAL

NOM :
PRENOM :

6 - MEDECINE GENERALE

6.1 - Allergies et contre-indications (fournir les pièces justificatives) :

Allergies	Remarques	Contre-indications

6.2 - Traitement (s) (fournir les pièces justificatives) :

Maladie(s) chronique(s) : Oui Non
 Si oui laquelle/lesquelles :

Traitement psychiatrique : Oui Non

6.3 - Vaccinations (copie du carnet de vaccinations et certificat médical) :

DATE DES RAPPELS

Etes-vous à jour de vos vaccins et des rappels : DTP : Oui Non **le / /**
 Hépatites : Oui Non **le / /**
 Tétanos : Oui Non **le / /**

Groupe sanguin:

6.4 - Praticiens / Médecin traitant et Médecin en lien avec la/les pathologie(s) :

Nom	Adresse et coordonnées	Prochain RDV

6.5 - Antécédents :

Médicaux	Chirurgicaux

Cachet du Médecin :

Date :

Signature :



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

Dossier Médical

A remplir avec votre médecin référent ou autre médecin spécialiste

CONFIDENTIEL, à remettre sous pli à l'attention du Dr Surel

NOM :

PRENOM :

1 - Eléments médicaux et para médicaux transmis pour la demande d'admission :

- Certificat du médecin généraliste référent
- Certificat du médecin psychiatre suivant la personne
- Certificat de médecin spécialiste autre que le psychiatre
- Bilans institutionnels
- Compte rendu d'hospitalisation

Pour les points suivants n'hésitez pas à répondre sur papier libre s'il n'y a pas assez de place

2 - Antécédents :

- Sur le plan somatique :

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

- Sur le plan psychiatrique :

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

3 - Histoire de la maladie :

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

4 - Observations médicales :

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

5 - Traitement (s) :

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

6 - Courrier(s) :

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

7 - Résultats médicaux (bilans divers, examens...) :

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

Cachet du Médecin :

Date :

Signature :



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

ANNEXE 1 :

AUTORISATION de prise en charge Médicale en cas d'urgence

Je soussigné(e), (Nom) (Prénom)

Autorise

N'autorise pas

Le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU, Autres) pour que puisse être pratiqué en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie sur moi-même.

Fait à.....

Le

Signature du postulant

Signature du tuteur (s'il y en a un)



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

ANNEXE 2 :

AUTORISATION de la personne photographiée sur la libre utilisation de son image

L'article 9 du Code Civil stipule :

« Chacun a droit au respect de sa vie privé »

« ... Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits... »

« ... C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation... »

En conséquence,

Je soussigné(e), (Nom) (Prénom)

Autorise

N'autorise pas

La prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.

Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

Fait à.....

Le

Signature du postulant

Signature du tuteur (s'il y en a un)



Association Les Chênes Verts
Etablissement et Service d'Aide par le travail
1505, Chemin du Mas de Roulan 30 000 Nîmes
Tél.04.66.26.78.92 Fax.04.66.27.59.96

Stage-et-insertion@chenes-verts.fr

Permanence tous les lundis et mardis, de 8h à 16h

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom, prénom

Date de naissance

Adresse

.....

Désigne M^r, M^{me}

Nom, prénom

Adresse

.....

Téléphone

E-Mail

Lien avec la personne (*parent, proche, médecin-traitant...*)

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- Jusqu'à ce que j'en décide autrement
- Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M^r / M^{me}

- Pourra être consulté si je rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de mes droits.
- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches et/ou d'assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consultée, à ma demande, si je ne suis pas en état d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.
- N'a pas accès à mon dossier médical.
- Ne se substitue pas à mes décisions mais « rend compte de ma volonté ».

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment en l'indiquant par écrit.

Fait à :

Le :

Signature de la personne désignée :

Signature :