

	Rédaction :	Validation :	Approbation :	Diffusion : Diffusion Générale.
Fonction	Secrétaire bur. résident.	Responsable de Parcours	Directrice	
Nom	Fabienne SUSSINGEAS-D.	Isabelle BOURBOULOU	Aurélie FAUGERON	
Signature				
Date	18/06/24			

Dossier de candidature



NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

Dossier de candidature

De **NOM** :**PRENOM** :

Photo récente

- Pour :
- E.A.N.M. Foyer de vie / Foyer occupationnel
 - E.A.M. Maison d'Accueil Spécialisé
 - E.A.N.M. Établissement et Service d'Aide par le Travail
 - E.A.N.M. Foyer d'hébergement
- Demande d'admission
- Demande de stage d'évaluation

Reçu le _____



	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION				
	Lieu	Process	Doc	N°ordre	Version
	E	AD	EN	1002	6
Date de relecture : juil. 2026					

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

COORDONNEES

Ce dossier, renseigné, est à retourner complet par courrier ou par courriel.

Établissement Public Départemental Autonome du Glandier

8 avenue du Château

19210 LUBERSAC

☎ 05.55.73.81.00

Site internet : www.epdaduglandier.fr

Bureau des Résidents : ✉ BUR.RESIDENTS@EPDADUGLANDIER.FR

- Foyers de vie, Foyer d'hébergement, E.S.A.T.

☎ 05 55 73 81 23

- M.A.S.

☎ 05 55 73 81 15

Assistantes Sociales : ✉ ASSIST.SOCIALE@EPDADUGLANDIER.FR

- Foyer de Vie, Maison d'Accueil Spécialisé

☎ 05 55 98 74 43

- Foyer d'Hébergement, Établissement et Service d'Aide par le Travail

☎ 05 64 31 20 84

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNEES RGPD :

Les informations recueillies sur ce formulaire seront informatisées par l'EPDA du Glandier pour étudier votre demande. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires concernés par le traitement de vos données. Les données seront conservées pendant la durée en vigueur à l'EPDA. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter, notre délégué à la protection des données : dpd@epdaduglandier.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Le présent document est la propriété de l'E.P.D.A. du Glandier. Diffusion interdite sans autorisation de la Direction	
Emplacement et nom du fichier : R:\DIR-ADM-SG\B-QUALITE-GR\BASE DOCUMENTAIRE\Admission\G-AD-EN-1002-6 - dossier demande d'admission.docx	Paraphe HC

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

IDENTITE DU CANDIDAT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Numéro de téléphone du candidat :

Adresse actuelle du candidat :

COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER POUR LE SUIVI DE LA DEMANDE :

Nom et Prénom :

Qualité de la personne assurant le suivi de la demande :

Adresse :

Téléphone : Mail :

MESURE DE PROTECTION :

Régime de mesure de protection :

- Tutelle
 Curatelle
 Sauvegarde de justice
 Habilitation familiale
 En cours
 Aucune

Coordonnées du représentant légal :

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES (MDPH) :

Département de la MDPH :

N° de dossier MDPH :

Notification d'orientation du : jusqu'au

- E.A.N.M. / Foyer de vie / occupationnel
- E.A.M. / Maison d'Accueil Spécialisé
- E.A.N.M. / Établissement et Service d'Aide par le Travail
- E.A.N.M. / Foyer d'Hébergement
- Autre à préciser :
- Aucune
- En cours

Lieu	Process	Doc	N°ordre	Version
E	AD	EN	1002	6
Date de relecture : juil. 2026				

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

ORGANISME DES PRESTATIONS SOCIALES :

- Caisse d'Allocations Familiales Mutualité Sociale Agricole Autre :

Coordonnées :

Numéro d'allocataire :

SECURITE SOCIALE :

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie Mutualité Sociale Agricole Autre :

Coordonnées :

Numéro de sécurité sociale :

ORGANISME DE MUTUELLE :

Coordonnées :

Numéro d'adhérent :

RESSOURCES DU CANDIDAT :

- Allocation Adulte Handicapée Complément de ressources AAH
- Pension d'Invalidité
- Allocation Compensatrice Tierce Personne
- Prestation de Compensation du Handicap
- Autre

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

- Photocopie recto/verso de la carte d'identité ou passeport
- Photocopie du jugement de mesure de protection
- Photocopies des notifications MDPH d'orientation
- Photocopie du carnet de vaccination
- Bilan éducatif, social, psychologique, professionnel, projet personnalisé
- Photo récente du candidat

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

COORDONNEES DE LA FAMILLE

MERE :

Nom & prénom :

Profession :

Adresse :

 Code postal : Ville

Tel : Portable :

Mail :

PERE :

Nom & prénom :

Profession :

Adresse : (si différente)

 Code postal : Ville

Tel : Portable :

Mail :

ENTOURAGE PROCHE :

Nom & prénom	Lien familial	Lieu de domicile

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

AUTONOMIE ET COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire/manger...)			
Gérer son repos quotidien / son sommeil			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser des escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Exigence générale et relation avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	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	Seul	Aide partielle	Aide totale
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)			
Faire ses courses			
Préparer un repas			
Entretien du linge, vêtements...			
Faire son ménage			
Gérer son budget			
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)			
Utilisation des outils numériques (téléphone, informatique)			

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

ELEMENTS PROFESSIONNELS (ORIENTATION E.S.A.T.)

SOUHAITS D'ATELIER AVEC ORDRE DE PREFERENCE (1, 2, 3, 4) :

Sous-traitance	
Entretien des locaux	
Buanderie	
Espaces verts	

APTITUDES AU TRAVAIL :

Aptitudes au travail	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Compréhension des consignes de travail			
Respect des horaires			
Capacité à travailler en équipe			
Capacité à tenir un rythme de travail			
Respect des consignes sociales chez les clients			
Capacité à rester en poste de travail			

 Demande de travail à temps partiel (quotité :%)

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lieu	Process	Doc	N°ordre	Version
E	AD	EN	1002	6
Date de relecture : juil. 2026				

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

ELEMENTS MEDICAUX – PAGE 1/3 - ANTECEDENTS

(à remettre sous enveloppe cachetée : noter le nom du candidat + confidentiel) !

Coordonnées du médecin traitant :

.....

Antécédent périnatal :

.....

.....

Problèmes importants durant l'enfance :

.....

.....

.....

Diagnostic du handicap :

- Type de pathologie :
- Diagnostiqué le.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

Antécédents psychiatriques :

.....

.....

.....

.....

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

ELEMENTS MEDICAUX – PAGE 2/3 – ETAT VACCINAL

Vaccinations et/ou sérologie : Compléter le tableau ou copie du carnet de vaccination

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B <i>(au moins les deux 1^{ères} injections sur les trois réalisées)</i>	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser) :	
Ou Tétracoq					
BCG					



En cas de stage : s'il y a un doute sur la vaccination contre l'hépatite B, 1 sérologie anticorps anti HBS pour évaluer l'immunité est recommandée.

	Oui	Non	
Porteur d'une maladie infectieuse transmissible			Si oui, laquelle ?
Allergies			Si oui, lesquelles ?
Contraception			Type de contraception

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

ELEMENTS MEDICAUX – PAGE 3/3 – ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE

Traitement en cours :

⇒ Joindre une copie de la dernière ordonnance médicale.

Régime alimentaire :

Mixé	Haché	Sans sel	Diabétique	Hypocholestérolémiant	Eau gélifiée	Autre

Contre-indications médicales : (difficultés physiques, station debout prolongée, port de charge...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 Addiction(s) : Oui Non

Si oui, lesquelles :

 Le handicap est-il ? : Évolutif Stabilisé

Signature et cachet du médecin :

	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION				Lieu	Process	Doc	N°ordre	Version
					E	AD	EN	1002	6
						Date de relecture : juil. 2026			

ANNEXE 1 : REGLEMENTATION DE FACTURATION POUR UN STAGE

POUR LE CANDIDAT HEBERGE DANS UN ETABLISSEMENT (INTERNE) :

Le stage d'un candidat est soumis à l'engagement du paiement du prix de journée de l'EPDA du Glandier, selon la délibération de l'année en cours fournie avec la convention de stage.

Au terme du stage, l'établissement d'origine recevra une facture, correspondant à la durée de l'accueil.

POUR LE CANDIDAT N'ETANT PAS HEBERGE DANS UN ETABLISSEMENT D'ACCUEIL (EXTERNE) OU VIVANT A DOMICILE :

- **Pour le stagiaire hébergé durant le stage** : le candidat ou l'établissement d'externat devra assurer la charge des frais de restauration et d'hébergement selon la délibération des prestations hôtelières de l'année en cours.
- **Pour le stagiaire non hébergé durant le stage (SAT)** : le candidat ou l'établissement d'externat devra assurer la charge des frais de restauration selon la délibération des prestations hôtelières de l'année en cours.