



DOSSIER DE CANDIDATURE

Fiche Administrative

Photo d'Identité
obligatoire

Nom (d'usage)	Prénom
Nom de jeune fille	Nationalité
Date et Lieu de naissance	
Adresse (de domiciliation)	
Téléphone fixe	Téléphone portable
Adresse mail @	

SITUATION DE L'INTERESSE AU MOMENT DE LA CANDIDATURE

Provenance

Domicile personnel	<input type="checkbox"/>	Famille	<input type="checkbox"/>
Etablissement	<input type="checkbox"/>	Hôpital	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	Précisez _____	

Adresse _____

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire	<input type="checkbox"/>				
Concubin(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____	Pacsé(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____
Marié(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____	Veuf (ve)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____
Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____

COMPOSITION DE LA FAMILLE (PARENT(s), FRATRIE, CONJOINT, ENFANT(s))

Nom	Prénom	Age	Lien de Parenté	Profession

L'INTERESSE(e) A-T-IL (elle) FREQUENTE D'AUTRES ETABLISSEMENTS		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
SI OUI, LESQUELS ?					
Lieux				Date(s)	

PARCOURS SCOLAIRE		Dernière classe fréquentée :	
Diplômes obtenus		Date(s)	

PARCOURS PROFESSIONNEL		
Nature du dernier emploi		Date de l'arrêt de travail
Emplois précédents		
Profession	Employeur	Dates

Y-A-T-IL UNE MESURE DE PROTECTION			OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	En cours	<input type="checkbox"/>
Si oui, NATURE DE LA MESURE :						Date de la décision/et ou révision		
Nom et adresse du Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs :								
Tél. fixe			Tél. portable			Fax		
Mail								
Si, « EN COURS » : date de la demande								
A l'initiative de :								

DROITS OUVERTS / ECHEANCIER			
MDPH			
59	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>
Autre		<input type="checkbox"/>	Préciser _____
NOTIFICATION DE PLACEMENT			
Valable du _____ au _____			
Foyer Occupationnel	<input type="checkbox"/>	Foyer Accueil Médicalisé	<input type="checkbox"/>
		Maison Accueil Spécialisée	<input type="checkbox"/>
CARTE d'INVALIDITÉ			
		<input type="checkbox"/>	Echéance _____ Taux _____
Carte de Stationnement européenne		<input type="checkbox"/>	Echéance _____

RESSOURCES				
CAF de		N° allocataire :		
AAH	Montant :	Echéance :		
Complément AAH	Montant :	Echéance :		
Majoration Vie Autonome	Montant :	Echéance :		
Complément de ressources	Montant :	Echéance :		
AL	Montant :	Echéance :		
APL	Montant :	Echéance :		
CPAM de		N° Mle :		
Pension Invalidité 1 ^{ère} Cat.	Montant :	Echéance :		
Pension Invalidité 2 ^{ème} Cat.	Montant :	Echéance :		
Pension Invalidité 3 ^{ème} Cat.	Montant :	Echéance :		
Majoration Tierce Personne	Montant :	Echéance :		
Rente Accident du Travail	Montant :	Echéance :		
Autres				
	Montant	Périodicité	Organisme	
Retraite				
Retraite compl.				
Salaire	/mois			
Pôle emploi	/mois			
CONSEIL GENERAL - PCH				
	Montant	Echéance	Type	
Aide humaine				
Aide technique				
AIDE SOCIALE				
	Taux	Montant	Echéance	GIR
ACTP				
Aide ménagère				
HEBERGEMENT				
APA				

Y a t il des biens mobiliers et/immobiliers ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez...		

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Y-a-t-il des informations administratives supplémentaires qu'il vous semble important de nous préciser, pour cette candidature ?

NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE AYANT COMPLETE LE DOSSIER ADMINISTRATIF

Date de constitution du Dossier	Signature,

PARTIE RESERVEE AU CENTRE HELENE BOREL

Date de réception du Dossier	
Dossier complet	

QUALITE