



**ESAT DE LA WIVRE**  
Zone des Macherins - Rue de Rome - 89470 Monéteau  
Tél : 03.86.53.42.83  
Email : esatwivre89@orange.fr



## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**Nom :** .....

**Nom de jeune fille:** .....

**Prénom:** .....

Né(e) le ..... à ...

Adresse .....

.....

Tel fixe : ..... Tel Portable : .....

E-m@il : .....

**Photo  
d'identité  
récente  
obligatoire**

*Joindre la copie de la pièce d'identité & une photo d'identité.*

### Personne de confiance

**Nom et prénom :** .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Tel fixe : ..... Tel Portable : .....

E-m@il : .....

### Personne à prévenir en cas d'accident

**Nom et prénom :** .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Tel fixe : ..... Tel Portable : .....

E-m@il : .....

## Situation familiale

Célibataire     Marié (e)     Divorcé(e)     Veuf (ve)     Concubinage/PACS

**Avez-vous des enfants :**  Oui - préciser le nombre .....  Non

## Lieu de vie actuel

- Du domicile :  Vit seul  
 Vit avec de(s) proche(s) \_ Lequel(s) :  
 D'un centre hospitalier  
 Autre, à préciser

## Situation Juridique

Curatelle simple     Curatelle renforcée     Tutelle     Sauvegarde de justice

Adresse du représentant légal (*joindre copie du jugement*)

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

Tel fixe : ..... Tel Portable : .....

E-m@il : .....

## Coordonnées et décisions MDPH

*(joindre copie de la décision)*

Avez-vous une notification Orientation ESAT Psy

- NON  
 Dossier en cours (*joindre l'accusé de réception de la MDPH*)  
 OUI, à quelle date

**Nom et adresse de la MDPH :**

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

Téléphone : ..... E-mail : .....

## Assurance Maladie - Mutuelle

**Sécurité sociale** : *(joindre copie de l'attestation des droits à la sécurité sociale)*

**NOM et Prénom de l'assuré(e)** : .....

Né(e) le ..... à .....

N° d'immatriculation : .....

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale:

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

**Mutuelle** : *(joindre copie de la carte mutuelle ou attestation CMU Complémentaire)*

**NOM et Prénom de l'adhérent** : .....

N° adhérent : .....

Nom et adresse de la Mutuelle :

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

Adresse du tiers payant :

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

## Assurance souscrite

*Joindre les copies de l'attestation d'assurance responsabilité civile.*

**Responsabilité Civile** : Oui      Non

Adresse de l'assureur :

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

## Ressources

*Joindre les justificatifs.*

- AAH
- Pension d'Invalidité
- Rente Accident Travail
- Retraite
- Autres ressources

## Expériences professionnelles

*Joindre un CV à jour.*

### Parcours professionnel en milieu ordinaire

Périodes	Emplois occupés	Employeurs	Raisons de l'interruption

### Parcours professionnel et institutionnel en milieu protégé

Périodes	Emplois occupés	Employeurs	Raisons de l'interruption

## Parcours scolaire

Niveau d'études :     Primaire     Secondaire     Supérieur

Ecoles, institutions ou organismes de formation fréquentés :

- Diplômes obtenus :
- Dernier diplôme préparé ou dernière classe fréquentée :
- A-t-elle suivi une formation technique ? :     non     oui, laquelle ?

A ..... le .....

Signature