



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

UNITE PASSERELLE INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

- ☐ avec Hébergement
- ☐ sans Hébergement

☎ 02 97 48 61 61

upisp@cprb.asso.fr

Domaine de Prières 56190 BILLIERS

ETAT CIVIL

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : à

Nationalité :

Téléphone : Courriel :

Situation familiale : Nombre d'enfants :

Adresse :

Code postal : Ville :

☐ Logement personnel ☐ Famille ☐ Structure hospitalière

☐ Etablissement médico-social ☐ Autres:

ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom :

Nom du référent :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Ressources :

☐ Indemnités journalières ☐ Pension d'invalidité catégorie: ☐ AAH - date de fin de décision:

☐ RSA ☐ Sans ☐ Autres:

N° de sécurité sociale : / / / / / /

Organisme :

N° allocation prestation familiale :

Organisme :

Mutuelle :

Nom de la personne à prévenir :

Lien avec vous :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

MESURE DE PROTECTION

☐ Sans ☐ Habilitation Familiale ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle

Nom et adresse du service et/ou du représentant légal :

Date de la décision :

DECISION DE LA CDAPH

N° dossier :

Adresse :

RQTH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

Entreprise Adaptée : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

ESAT : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

SAVS : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

SAMSAH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

Foyer d'hébergement : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

Autres :

Date d'effet de la décision : Date de fin de la décision :

DIVERS

Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Antécédents judiciaires : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

FORMATIONS SCOLAIRES ET PROFESSIONNELLES

Niveau d'études :

Diplômes :

Apprentissages :

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES ET STAGES

☐ Oui ☐ Non (joindre un CV si possible)

Année	Nature de l'emploi	Motif de l'arrêt
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		

Situation actuelle par rapport à l'emploi :

- ☐ Sans ☐ Demandeur d'emploi (inscrit à pôle emploi)
- ☐ En emploi => ☐ ESAT ☐ Entreprise Adaptée ☐ Milieu Ordinaire

Coordonnées de l'employeur (facultatif) :

.....

.....

OBJECTIFS DE LA DEMANDE

- Quelles sont vos attentes ?

.....

.....

.....

.....

- Quel est votre projet d'insertion à l'issue de l'accompagnement par l'UPISP ?

.....

.....

.....

.....

CHOIX DES ATELIERS

Merci de numéroté par ordre de priorité

- | | |
|--|---|
| ☐ Entretien des Jardins | ☐ Magasin de vente |
| ☐ Blanchisserie | ☐ Conditionnement |
| ☐ Aviculture | |

PARCOURS DU CANDIDAT

(Partie à remplir par l'institution ou les personnes vous aidant dans vos démarches administratives)

[illegible]

Nom et qualité de la personne ayant rempli le dossier :

Date et signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(Sous pli confidentiel)

Nom :

Prénom :

Diagnostic retenu :

.....

.....

Etapas et évolution clinique :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Symptomatologie actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

Allergies / contre-indications :

.....

.....

Régime alimentaire :

.....

.....

Traitement :

.....

.....

.....

.....

.....

Prise du traitement :

Seul ☐

Avec aide incitatrice ☐

Préparation d'un semainier nécessaire : Oui ☐

Non ☐

Comportement à l'égard des toxiques :

.....

.....

.....

Relations avec la famille :

.....

.....

.....

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Nom du Médecin ayant rempli le dossier :

Adresse :

Date :

Signature / cachet :