

DOSSIER DE CANDIDATURE

SAVS / Foyer Intégré de Châtenay-Malabry
 43-45 Rue Joseph Lahuec 92290 CHATENAY MALABRY
 01 40 91 96 59

**COLLER ICI UNE
 PHOTO D'IDENTITE
 RECENTE**

ETAT CIVIL					
NOM		PRENOM			
LIEU DE NAISSANCE			DATE NAISSANCE		
SITUATION FAMILIALE	EN COUPLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	CELIBATAIRE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	MARIÉ	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NOMBRE D'ENFANTS	
QUI EST A L'ORIGINE DE CETTE DEMANDE ?				VOUS-MEME	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				VOTRE FAMILLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				UNE INSTITUTION	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				AUTRE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

LIEU DE VIE					
N° ET RUE	CODE POSTAL				
VILLE	TELEPHONE				
MAIL	TELEPHONE				
QUEL EST VOTRE HABITAT ACTUEL ?			LOCATAIRE DANS LE PRIVE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			LOCATAIRE EN HLM	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			PROPRIETAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			EN FOYER	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			HEBERGE PAR LA FAMILLE / DES AMIS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SI VOUS ETES ALLOCATAIRE	ADRESSE DE VOTRE CAF	N° ALLOCATAIRE			

CONTACTS	
MESURE DE PROTECTION	NOM DU REPRESENTANT
	ADRESSE
	DATE DERNIERE AUDIENCE
	MESURE
EN CAS D'URGENCE	NOM D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
	SON TELEPHONE

MDPH	
N° DOSSIER	TAUX INCAPACITE
DEPARTEMENT	
NOTIFICATION	DATES
NOTIFICATION	DATES
NOTIFICATION	DATES

ACTIVITE			
ETUDES	NIVEAU ATTEINT	primaire <input type="checkbox"/>	secondaire <input type="checkbox"/> supérieur <input type="checkbox"/>
Diplôme obtenu			date
Diplôme obtenu			date
ACTIVITE PROFESSIONNELLE			
Fonction	dates		Employeur
Fonction	dates		Employeur
Fonction	dates		Employeur
AUTRE ACTIVITE			
NOM	LIEU		
NOM	LIEU		

INSTITUTIONS FREQUENTEES	
NOM	
ADRESSE	
NOM	
ADRESSE	
NOM	
ADRESSE	

SANTE			
SECURITE SOCIALE	NOM		N°
	ADRESSE		
MUTUELLE	NOM		N°
	ADRESSE		
<i>A renseigner uniquement si vous le souhaitez</i>			
NOM DU MEDECIN TRAITANT		ADRESSE	
TRAITEMENT ACTUEL			
CMP DE SECTEUR			

QUELLE EST VOTRE SITUATION DE VIE AUJOURD'HUI ?

QUELLE EST VOTRE DEMANDE ? QU'ATTENDEZ-VOUS DE L'EQUIPE EDUCATIVE ?

AVEZ-VOUS CONTACTE D'AUTRES ETABLISSEMENTS ? LESQUELS ?

Signature

Date