



VACANCES ADAPTEES

La Sardière - 44540 LE PIN

Tél : 02 40 03 01 82 / Email : recrutementva@orange.fr

FICHE DE CANDIDATURE

Disponibilités du candidat : MAI | JUIN | JUILLET | AOUT | 23/12 AU 2/01

Comment avez-vous connu VACANCES ADAPTEES ?

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

(Merci de mettre une adresse valide jusqu'à la fin de la saison, idéalement celle des parents lorsque vous êtes étudiant)

NOM : PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE : SEXE : M - F

VOTRE ADRESSE COMPLETE :

CP : VILLE :

N° DE TELEPHONE FIXE : ____ | ____ | ____ | ____ | ____

N° DE TELEPHONE MOBILE : ____ | ____ | ____ | ____ | ____

EMAIL :

NE(E) LE : A : DEPARTEMENT : |__ |__ |

NUMERO DE SECURITE SOCIAL :

VOTRE SITUATION ACTUELLE :

- **Êtes-vous :** Étudiant(e) | Salarié(e) | En formation | Sans emploi | Retraité(e)
- **Études / Emploi en cours :**

VOS DIPLOMES :

- **Avez-vous l'un des diplômes ci-dessous ?**

BAFA | BAFD | BSB | BPJEPS | AIDE SOIGNANT | INFIRMIER | EDUCATEUR
SPECIALISE | MONITEUR EDUCATEUR | DECESF | DEAVS | DEAMP |
Autre diplôme :

- Êtes-vous titulaire du PSC1 (premier secours civique de niveau 1) OUI - NON
Si oui, la date d'obtention :

- Permis B Date d'obtention : |__ |__ |____ |
 - Avez-vous déjà conduit un minibus ? OUI - NON
 - Avez-vous fait conduite accompagnée ? OUI - NON
 - Avez-vous déjà conduit sur de longue distance ? OUI - NON
 - Nombre de point sur votre permis B ?

VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

➤ **Avez-vous déjà encadré un séjour adapté ?**

OUI NON

Si oui, merci de préciser :

| DATES | ORGANISME |
|-------|-----------|
| | |
| | |
| | |

➤ Si oui, quel type d'autonomie ?

Très bonne autonomie (A+) (personne se prenant totalement en charge)

Bonne autonomie (A) (personne autonome dans les actes de la vie courante)

Moyenne autonomie (B) (personne ayant besoin d'être stimulée)

Moyenne autonomie (B-) (personne vieillissante – aide à la toilette)

Autonomie relative (C/IMC) (personne ayant besoin d'une aide total – aide à la toilette)

➤ **Avez-vous côtoyé le public en situation de handicap mental ?**

OUI NON

Décrivez votre expérience :

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Avez-vous de l'expérience dans l'animation ?**

OUI NON

➤ Si oui, auprès de quel public ?

HANDICAP MENTAL | HANDICAP PHYSIQUE | ENFANT | ADO | PERSONNES AGEES

VOS APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE

| | J'ai déjà fait | Je me sens capable de le faire | Je n'ai jamais fait et je ne m'en sens pas capable |
|---|--------------------------|--------------------------------|--|
| Accompagnement verbale à une toilette ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accompagnement physique à la toilette ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capable de faire des transferts (fauteuil, lit ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà utilisé du matériel médical (lève personne, verti ..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenir le budget global du séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fait à : Le :

Signature :