



**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS**

SCOLARITE / DIPLOME : \_\_\_\_\_

EMPLOIS ANTERIEURS : \_\_\_\_\_

DERNIER EMPLOYEUR \_\_\_\_\_

DATE DE CESSATION D'ACTIVITÉ |\_\_| |\_\_| |\_\_|\_\_|

ORIENTATION PROFESSIONNELLE CHOISIE AU SEIN DE L'ESAT :

- CONDITIONNEMENT
- BLANCHISSERIE INDUSTRIELLE
- COUTURE - BRODERIE
- INDIFFERENT

**RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS FAMILIAUX**

PERE : NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

MERE : NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

FRATRIE : NOMS - PRENOMS - DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONJOINT : NOM - PRENOM - DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_\_

ENFANT(S) : NOM - PRENOM - DATE DE NAISSANCE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A Paris, le .....  
Signature : .....