



www.afdieulefit.fr

Aide et Soins à Domicile
Livraison des repas, Entretien du logement
Accompagnement, Transport



Union Nationale de l'Aide, des Soins,
et des Services aux domiciles



Services aux personnes à domicile
NF X50-056

Allée des rossignols, 26220 Dieulefit / tél. : 04 75 46 37 80 / fax : 04 75 90 61 60 / contact@afdieulefit.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE:

Partie réservée à l'encadrant ne rien remplir

DATE DE L'ENTRETIEN :

AVIS :

FAVORABLE

DEFAVORABLE

DOSSIER DE CANDIDATURE

Date de dépôt du dossier: Dépôt CV lettre de motivation

ETAT CIVIL :

Mme M.

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Mail : Tel :

N° de sécurité sociale : | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Séparé(e) Vie maritale Veuf (ve)

Enfants : Nombre : Âge de chaque enfant :

Nationalité : Département ou Pays :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Carte de séjour (travailleur étranger) : N° Validité de la carte :

FORMATIONS :

Diplôme(s) :

Autres Formations :

MOYEN DE LOCOMOTION :

Quel est votre moyen de locomotion : Voiture Scooter Vélo Aucun

Véhicule disponible pour une utilisation dans le cadre de son travail : Oui Non

SITUATION ACTUELLE :

Occupez-vous actuellement un emploi ? Oui Non

Si oui, précisez :

Fonctions occupées :	Nom de l'employeur :	Nombre d'heure/semaine :	Jours et horaires de travail :

Si non,

Bénéficiez-vous d'une indemnité de Pôle Emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi ou à la mission locale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Percevez-vous une pension d'invalidité, une rente d'accident du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Percevez-vous le RSA ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etes-vous reconnu travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DISPONIBILITE :

A partir de quelle date êtes-vous disponible ?

Etes-vous disponible pour travailler :

- le samedi : Oui Non
- le dimanche : Oui Non

SIGNATURE

AIDE A DOMICILE (SAAD)

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

Connaissez-vous le métier d'aide à domicile ?

Oui

Non

Avez-vous déjà travaillé au contact de :

• Personnes âgées ? Oui Non

• Personnes handicapées ? Oui Non

Si oui, dans quelles circonstances :

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

Avez-vous exercé un métier reconnu dans la branche de l'aide à domicile ?

Oui

Non

CONNAISSANCES DU SECTEUR

Lors de l'entretien de sélection, l'encadrant vous posera des questions sur les thèmes suivants pour évaluer vos connaissances des publics et du secteur de l'aide à domicile.

	BONNE	MOYENNE	MAUVAISE
Pathologie Alzheimer et troubles cognitifs			
Pathologies du vieillissement			
Situation de Handicap			
Intervenants du secteur médico-social			
Les métiers de l'aide à domicile			

1- Mme Dupont vient de faire une chute, que faites-vous ?

Vous la laissez, sans la bouger et vous la couvrez

Vous l'aidez à s'allonger sur son lit

Vous la faites asseoir sur une chaise

2- Vous devez effectuer des courses et confectionner un repas simple à midi pour deux personnes :

Le menu proposé :
.....
.....
.....

3- Une voisine vous demande des nouvelles de Mme Martin chez qui vous intervenez quotidiennement, que répondez-vous ?

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

4- La personne aidée vous donne son porte-monnaie pour aller faire des courses. Que faites-vous avant de partir en courses ? Que faites vous au retour ?

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

5- Lorsque vous sonnez à la porte, la personne aidée ne répond pas. Que faites-vous ?

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

6- Vous avez terminé plus tôt que prévu votre travail chez la personne aidée. Que faites-vous ?

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

7- Vous êtes dans l'impossibilité de vous rendre au travail (maladie, accident...). Que faites-vous ?

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

INTERETS ET MOTIVATIONS

Quelles motivations pouvez-vous exprimer pour le poste ?

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

Vos points Forts	Vos points Faibles

AIDE SOIGNANT(E) (PARTIE RESERVEE AU CANDIDAT SSIAD)

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Avez-vous déjà travaillé au contact de personne en situation de handicap ? Oui Non

Si oui : moteur psychique

Avez-vous déjà utilisé du matériel médicalisé de type « lève-malade », verticalisateur... ? Oui Non

Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients du travail de soins à domicile ?

Avantages	Inconvénients

QUESTIONNAIRE

1- Comment envisagez-vous une journée type à domicile ?

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

2- Vous arrivez au domicile de la personne : elle a chuté. Que faites-vous ?

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

3- Que faites-vous devant une porte close ?

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

4- La fille de la patiente a laissé un mot sur la table sur lequel il y a écrit : « donnez ses cachets à ma maman SVP ». Que faites-vous ?

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

5. Quels sont les signes de déshydratation ?

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

6. Quels sont les points de vigilance chez un patient diabétique ?

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

7. Connaissez-vous des outils d'évaluation de la douleur ?

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

8. La cousine de Madame Martin vous demande des nouvelles de celle-ci chez qui vous intervenez tous les jours. Que répondez-vous ?

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

INTERETS ET MOTIVATIONS

Quelles motivations pouvez-vous exprimer pour le poste ?

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

Vos points Forts	Vos points Faibles