



Document annexe à une demande relative au travail, à l'emploi, à la formation professionnelle et à l'Allocation Adulte Handicapé, nécessaire à l'évaluation de votre situation et de vos besoins par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH

FICHE DE PARCOURS PROFESSIONNEL

Nom Prénom
Date de naissance : / / Tél :
Adresse :
Mail : N° dossier MDPH :

Avez-vous un permis de conduire..... oui non Etes-vous inscrit à Pôle emploi . oui non
Avez-vous un moyen de locomotion.... oui non Etes-vous demandeur d'emploi. oui non
Utilisez-vous les transports en commun. oui non Etes-vous en activité..... oui non
Etes-vous en arrêt de travail (accident) maladie => Si oui depuis quand ? Mois Année :

FORMATION INITIALE

CAP BEP BAC BTS (ou autre niv. III) Université Autre :

Maîtrise du français : Lu Ecrit Parlé Aucune Autre langue :

Derniers diplômes obtenus : Dernières classes fréquentées :

Année : Année :

Pays : Pays :

FORMATION CONTINUE

Avez-vous déjà bénéficié d'une orientation en Centre de Reclassement Professionnel oui non

Dernières formations suivies :

Année : Année :

Organisme : Organisme :

Intitulé : Intitulé :

Durée : Durée :

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Concernant l'accès à l'emploi estimez-vous rencontrer :

De fortes difficultés Quelques difficultés Peu ou pas de difficultés

Précisez :

Dernier emploi occupé ou actuel : Début/...../..... Fin/...../.....

Métier exercé : Entreprise : Code postal :

Emploi en : Milieu ordinaire Milieu ordinaire dans une entreprise adaptée ESAT

Nature du contrat : CDI CDD Intérim Alternance Nombre d'heures / semaine :

Motif de départ : Fin de contrat Licenciement pour inaptitude Démission

Licenciement économique Autre

Autre métier déjà exercé : Début/...../..... Fin/...../.....

Métier exercé :

Emploi en : Milieu ordinaire Milieu ordinaire dans une entreprise adaptée ESAT

Nature du contrat : CDI CDD Intérim Alternance

Motif de départ : Fin de contrat licenciement pour inaptitude Démission
 Licenciement économique Autre

PRECISEZ VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (si vous en avez un)

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

RESSOURCES ACTUELLES

Salaires ou revenus du travail oui non
ASSEDIC - ARE oui non ASSEDIC – ASS oui non
RSA oui non
Indemnité journalière Maladie ou Accident du Travail oui non - depuis le/...../.....
Rente accident du travail oui non - si oui à quel taux d'IPP :%
Invalidité sécurité sociale oui non - quelle catégorie:, depuis le:/...../.....
Allocation Adulte Handicapé oui non
Retraite oui non
Autre oui non Si oui Précisez :

AVEZ-VOUS UN REFERENT / ACCOMPAGNATEUR ?

Service social (CRAMIF, Hôpital, du secteur) :

Nom:..... mail..... tél. :

Mission locale :

Nom:..... mail..... tél. :

CAP Emploi :

Nom:..... mail..... tél. :

Pôle emploi

Nom:..... mail..... tél. :

Autres (préciser) :

Nom:..... mail..... tél. :

Date :/...../..... Signature :