

A remplir obligatoirement pour les demandes de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), d'orientation professionnelle et les demandes d'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : / / **N° de 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 :

Intitulé du dernier diplôme obtenu : Année : Pays :

Dernière classe fréquentée : Année : Pays :

FORMATION CONTINUE

Dernières formations suivies :

Année : Année :

Organisme : Organisme :

Intitulé : Intitulé :

Durée : Durée :

Avez-vous déjà bénéficié d'une orientation en Centre de Réadaptation Professionnelle (CRP) ?

oui non

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 par 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

Nombre d'heures par semaine :

Motif de départ : ▪ Fin de contrat ▪ Licenciement pour inaptitude ▪ Démission

▪ Licenciement économique ▪ Autre

PRECISEZ VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (si vous en avez un) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESSOURCES ACTUELLES

Salaire ou revenus du travail ▪ oui ▪ non

ASSEDIC - ARE ▪ oui ▪ non ASSEDIC – ASS ▪ oui ▪ non

RSA (ex RMI) ▪ 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 :%

Incapacité 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 ? *

* Vous êtes invités à vous rapprocher de vos accompagnants pour apporter les éléments demandés.

Service social (CRAMIF, Hôpital, du secteur) :

Nom:..... mail..... tél. :

Mission locale :

Nom:..... mail..... tél. :

CAP Emploi :

Nom:..... mail..... tél. :

Pôle emploi

Nom:..... mail..... tél. :

Référent RSA

Nom:..... mail..... tél. :

Autres (préciser) :

Nom:..... mail..... tél. :

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