

PARCOURS DE FORMATION ET SITUATION PROFESSIONNELLE

Ce document est exigé pour toute demande :

- d'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH),
- de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- d'Orientation Professionnelle (ORP)

N° de dossier MDPH si déjà existant :

1 – ETAT CIVIL :

NOM, Prénoms	
Adresse, Code Postal, Ville	
Téléphone	
Date de naissance	
-Inscrit(e) Pôle emploi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui, depuis le -Indemnisation : ARE <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> : Catégorie RSA <input type="checkbox"/> Autres : -Suivi : CAP Emploi <input type="checkbox"/> Mission Locale <input type="checkbox"/> Autre suivi : -Vous êtes actuellement en emploi <input type="checkbox"/> Vous êtes actuellement en arrêt maladie <input type="checkbox"/> Vous êtes actuellement sans emploi <input type="checkbox"/>	

Si vous n'avez jamais travaillé, veuillez cocher cette case et passez directement au cadre n°4.

2 – DERNIER EMPLOI OU EMPLOI ACTUEL :

EMPLOI	Type de contrat (ex : CDD, CDI, intérim, c. d'apprentissage...)	DATES (mois + années)	Nom de l'employeur + Lieu de travail

- Raison de la fin de contrat (cocher la case correspondante) :
 - Fin de Contrat Démission
 - Licenciement économique Licenciement pour inaptitude Rupture conventionnelle
 - Autre (précisez) :
- Principales fonctions exercées :

Ce poste est-il adapté à votre handicap ? oui non pourquoi :

- Projet professionnel actuel si différent du dernier métier exercé :

3 – AUTRES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES SIGNIFICATIVES :

- De la plus récente à la plus ancienne (indiquez les stages si pas d'expérience professionnelle)

EMPLOI	TYPE DE CONTRAT	DATES	NOM DE L'EMPLOYEUR + LIEU DE TRAVAIL

4 – PARCOURS DE FORMATION ET CONNAISSANCES ACQUISES

- Du plus récent au plus ancien

- Niveau d'études ou dernière classe suivie :

DIPLOME	OBTENU	SPECIALITE	ANNEE
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

- Formation(s) complémentaire(s) (ex : formation continue, habilitation, certification HACCP ...)

5 – SITUATION FAMILIALE :

- Célibataire Marié(e) / Pacsé(e) Concubinage Veuf(ve) Séparé / Divorcé
 Avec enfant(s) Nombre et âge des enfants :

6 – MOBILITE :

- Permis : B EB C EC D ED Autres :
Véhicule personnel : oui non
Autre(s) moyen(s) de transport utilisé(s) :
Rayon maximum de mobilité géographique : kms.
Veuillez préciser autour de quelles villes :

7 – PROJET PROFESSIONNEL :

Domaine d'emploi (en temps plein ou temps partiel) :

8 – PROJET DE FORMATION OU DE RECONVERSION :

(Précisez dans quel domaine)

A _____, le _____.

Signature :