

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 _____

Prénom(s) : _____

Adresse : N° : _____ rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Tél. portable :

Date de naissance :

Inscrit(e) au Pôle emploi : oui non si oui, depuis le _____

Indemnisation : ARE ASS Pension d'invalidité : catégorie _____

RSA Autres : _____

Suivi : CAP Emploi Mission Locale Autre suivi : _____

Vous êtes actuellement : en emploi en arrêt maladie sans emploi

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, apprentissage...)	Dates (mois + années)	Nom de l'employeur et 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 EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES SIGNIFICATIVES

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

Emploi	Type de contrat (ex: CDD, CDI, intérim, apprentissage...)	Dates (mois + années)	Nom de l'employeur et lieu de travail

4 - PARCOURS DE FORMATION ET CONNAISSANCES ACQUISES

du plus récent au plus ancien

Niveau d'études ou dernière classe suivie :

Diplôme	Obtenu	Spécialité	Année
	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		

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 - MOBILITÉ

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 : _____ km

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 :