

## RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

A remplir pour toutes les demandes de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, d'Orientation Professionnelle et pour toute première demande d'Allocation Adulte Handicapé

Dans tous les cas **fournir un CV à jour.**

N° MDPH	
<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>
N° Tél.	

SITUATION ACTUELLE PAR RAPPORT A L'EMPLOI	
<input type="checkbox"/>	<b>Salarié</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type de contrat               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CDI</li> <li><input type="checkbox"/> CDD</li> <li><input type="checkbox"/> Intérim</li> <li>durée hebdomadaire</li> </ul> </li> <li>• Date d'embauche</li> <li>• Nature du poste occupé</li> <li>• Poste adapté               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NON</li> <li><input type="checkbox"/> OUI</li> <li>Nature de l'aménagement</li> </ul> </li> <li>• Nom et adresse de l'employeur actuel</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>En arrêt de travail</b> du _____ au _____ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motif : <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> AT</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>En cours de licenciement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> inaptitude <input type="checkbox"/> autre</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>En invalidité</b> depuis le : _____ <ul style="list-style-type: none"> <li>• catégorie _____</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>Rente AT</b> , si oui taux IPP _____
<input type="checkbox"/>	<b>Demandeur d'emploi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Inscrit à Pôle emploi _____ N° identifiant _____</li> <li>• Nature du dernier poste occupé _____</li> <li>• Nom et adresse du dernier employeur _____</li> </ul>

MOBILITE	
<input type="checkbox"/> Permis de conduire (préciser lesquels) :	
Moyen de transport :	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> vélo, scooter <input type="checkbox"/> transport en commun <input type="checkbox"/> aucun
Mobilité géographique :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> limitée

### LIMITATIONS PAR RAPPORT A L'EMPLOI

Nature des éventuelles limitations ou restrictions :

Date de la dernière visite de médecine du travail :

Coordonnées du médecin du travail :

Conclusions :

- apte au poste
- apte avec restrictions
- inapte au poste
- possibilité de reclassement au sein de l'entreprise
- ne sait pas

### NIVEAU SCOLAIRE OU FORMATION INITIALE

Niveau scolaire ou diplômes obtenus :  
(Préciser les dates)

Formations complémentaires

Pratique de la langue française :

- écrite
- parlée
- nécessité d'un interprète

### PROJET

- Maintien dans l'entreprise
- Retour à l'emploi
- Formation                      laquelle ?

Votre projet de formation est-il validé ? (stages, tests de niveau, ...)

Fait à

le

Signature