

- ▶ Reconnaissance de la **Qualité de Travailleur Handicapé**
 - ▶ Orientation professionnelle
 - ▶ Allocation aux **Adultes Handicapés**
 - ▶ Prestation de **Compensation du Handicap**
- Merci de joindre un CV*

Parcours professionnel

Nom : Prénom : Né(e) le : / /

Vous travaillez oui non Si oui depuis (mois et année) :

Vous êtes en arrêt de travail (accident) oui non En arrêt maladie oui non

Vous êtes inscrit à Pôle emploi oui non Demandeur d'emploi oui non

Vous avez un permis de conduire oui non Un moyen de locomotion oui non

Vous utilisez les transports en commun oui non

Formation initiale

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

Maîtrise du français : Lu Ecrit Parlé Aucune Autre langue :

Dernier diplôme obtenu : Année : Pays :

Dernière classe fréquentée : Année : Pays :

Expériences professionnelles

Concernant l'accès à l'emploi, vous rencontrez :

De fortes difficultés Quelques difficultés Peu ou pas de difficultés

Précisez :

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

Métier exercé : Entreprise : Code postal :

Emploi Milieu ordinaire Milieu ordinaire dans une entreprise adaptée ESAT

Contrat CDI CDD Intérim Alternance Nombre heures/semaine:

Motif de départ Fin de contrat Licenciement pour inaptitude Démission

Licenciement économique Autre :

Précisez votre projet professionnel (si vous en avez un)

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

Ressources actuelles

Salaire ou revenus du travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RSA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ASSEDIC - ARE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ASSEDIC – ASS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Indemnité journalière Maladie ou Accident du Travail		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis le / /
Rente accident du travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, taux d'IPP :	%
Invalidité sécurité sociale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, catégorie :	Depuis le / /
Allocation Adulte Handicapé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Retraite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, précisez :	

Avez-vous un référent / accompagnateur ?

Service social (CARSAT, Hôpital, du secteur)

Nom :
Tél. :
Courriel @ :

Mission locale

Nom :
Tél. :
Courriel @ :

CAP Emploi

Nom :
Tél. :
Courriel @ :

Date : / /

Pôle emploi

Nom :
Tél. :
Courriel @ :

Autre (préciser)

Nom :
Tél. :
Courriel @ :

Signature