

**AFIN DE NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER VOTRE SITUATION, NOUS VOUS PRIONS DE BIEN VOULOIR COMPLÉTER CETTE FICHE**

(demandes d'allocation adulte handicapé, de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, d'orientation professionnelle)

Nom d'usage ou d'épouse :

Nom de Jeune fille :

Prénom :

Sexe :  F  M

Date de naissance :

Adresse :



:



:

Adresse mail :

**Renseignements concernant votre scolarité et votre formation professionnelle**

- Dernière classe fréquentée ?
- En quelle année ?
- Dans quel établissement ?
- Quels sont les diplômes que vous avez obtenus ?
  
- Avez-vous suivi d'autres formations ou stages ?  oui  non
- Si oui, lesquels ?

**Renseignement concernant votre parcours professionnel**

*(Si vous disposez d'un CV, merci de bien vouloir le joindre)*

- Travaillez-vous actuellement ?  oui  non

**→ Si vous travaillez :**

- Quel poste occupez-vous ?
- Depuis quelle date ?
- Dans quelle entreprise ?
- Quel est la nature de votre contrat de travail ?  
 CDI  CDD  Intérim  Autres, dans ce cas veuillez préciser :
- Quel est votre temps de travail ?  temps partiel  temps plein

**→ Si vous ne travaillez pas actuellement :**

- Depuis quelle date êtes-vous sans emploi ?
- Quel était votre dernier emploi ?  
 CDI  CDD
- Motif du départ ?

Si le Médecin a établi une fiche d'aptitude ou d'inaptitude : joindre une copie

**Quelle est votre situation actuelle ?**

- Je n'ai jamais travaillé
- En cours de formation, si oui laquelle :  
Depuis quelle date ?
- Demandeur d'emploi, depuis quelle date ?  
- inscrit à pôle emploi :  oui  non  
- inscrit à Cap-Emploi :  oui  non  
→ Percevez-vous des indemnités de chômage ?  oui  non
- Percevez-vous une pension d'invalidité ?  oui  non  
Si oui, catégorie :  1  2  3  
Depuis quelle date :
- En arrêt maladie, depuis quelle date :  
→ Percevez-vous des indemnités journalières ?  oui  non
- En accident de travail, quel est le taux d'IPP ?
- A la retraite.
- En inactivité pour un autre motif (congé parental, en disponibilité ...)  
Veuillez préciser :
- Bénéficiaire du RSA : depuis quelle date ?  
Avez-vous signé un contrat d'insertion ?  oui  non  
Si oui, avec quel organisme ?  
Avez-vous un suivi social ? (précisez le nom de l'assistante sociale)

**Dans le cadre de votre avenir professionnel, quels sont vos souhaits ?**

- Formation  oui  non  
Si oui dans quel secteur souhaitez-vous obtenir un diplôme ?
- Emploi (dans quel secteur)
- Autres (bilan de compétence, remise à niveau....)
- Êtes-vous mobile ?  oui  non  
Si oui :  Département  Hors département

Date :

Signature :

**A retourner ou remettre à la MDPH - Cellule Insertion Professionnelle le plus rapidement possible à l'attention de Madame P. DE BARROS – 05 34 33 13 27.**

*Ces renseignements sont susceptibles d'être communiqués aux partenaires de la MDPH dans le cadre de l'instruction de votre demande par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.  
Afin de permettre une évaluation globale de votre situation, l'équipe pluridisciplinaire peut être amenée à prendre contact avec les organismes en charge de votre accompagnement.*

**La MDPH est ouverte au public du lundi au vendredi  
de 8H45 à 12H15 et de 13H45 à 16H45.**