

**COMPLEMENT D'INFORMATION AUX DEMANDES D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE  
ET/OU D'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES**

**① IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Prénom : ..... Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....

Avez-vous le permis de conduire :  oui  non Possédez vous une voiture  oui  non  
 Etes-vous mobile géographiquement ?  oui  non

Bénéficiez-vous d'un accompagnement vers l'emploi ?  oui  non  
 Mission Locale  Pôle Emploi  Cap Emploi  Suivi RSA  autre : .....  
 Nom de la personne qui vous accompagne, le cas échéant : .....

CONFORMEMENT A LA LEGISLATION EN VIGUEUR, LA MDPH EVALUE LES RESTRICTIONS D'ACCES A L'EMPLOI DE TOUTE  
 PERSONNE SOLLICITANT L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPEES (AAH) ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE  
 (ORP)

**② SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE**

A – Vous travaillez

Type de contrat :  
 CDD date de début : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Durée :  
 Contrats aidés date de début : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Durée :  
 CDI date de début : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nom et Adresse de l'employeur : .....

Poste occupé :  à temps complet  à temps partiel : .....h/semaine  
 Ce poste est-il adapté à votre handicap ?  oui  non, pourquoi ? .....

Nom de votre médecin du travail (*joindre la copie de la dernière fiche d'aptitude*) : .....

B- Vous ne travaillez pas

vous êtes en arrêt maladie et vous percevez des indemnités journalières depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 vous êtes en arrêt suite à un accident de travail ou maladie professionnelle depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

En cas d'inaptitude au poste, constatée ou prévisible :  
 Avez-vous rencontré le médecin conseil de la CPAM ou de la MSA ?  oui, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non

Y'a-t-il des démarches de reclassement en cours au sein de l'entreprise ?  
 oui, quelles sont-elles ? .....  non

C- Vous êtes demandeur d'emploi

Êtes-vous inscrit(e) Pole emploi (ex ANPE) ?  oui, depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non

Êtes-vous indemnisé(e) ?  oui  non  
 Si oui, par :  Allocation retour à l'emploi (ARE)  Allocation Spécifique de solidarité (ASS)  
 RSA  Autre : .....

### ③ PARCOURS SCOLAIRE

Niveau d'étude :  Primaire  Secondaire  Supérieur  Scolarité Adaptée

Dernière classe fréquentée : .....

Diplômes obtenus :  Certificat d'étude  Brevet des Collèges  CAP  BEP

Brevet professionnel  Baccalauréat  Bac Professionnel

Autre : .....

### ④ PARCOURS PROFESSIONNEL (merci de joindre un curriculum vitae)

Période du..... Au.....	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Nb d'heures travaillées/ semaine	Cause de départ (mettre une croix dans la case correspondante)			
				Fin de contrat	Licenciement	Démission	Autre

#### A – Formation

Avez-vous suivi une formation professionnelle au cours des 5 dernières années ?  oui  non

Si oui, laquelle : .....

Date de début : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Durée : ..... Nom de centre : .....

Avez-vous passé les tests psychotechniques ?  oui  non

#### B- Attente par rapport à l'emploi

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?  oui  non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Souhaitez-vous suivre une formation ?  oui  non

Si oui, dans quel domaine ? .....

Êtes-vous disponible pour un emploi actuellement ?  oui  non

Si oui :  à temps complet  à temps partiel

Si non, pourquoi ? .....

**Si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations, vous pouvez le faire au verso de ce document (ou sur papier libre)**

J'autorise la MDPH à échanger des informations sur ma situation actuelle avec les professionnels qui m'accompagnent pour permettre une évaluation au plus près de la situation.

Fait à ..... le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal