



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DOSSIER N°

Date :

**A REMPLIR IMPERATIVEMENT** pour toutes demandes d'Allocation Adulte Handicapé (AAH), de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et d'Orientation Professionnelle (ORP)

**NOM** : ..... **Prénom** : ..... **Né(e) le** : ..... / ..... / .....

**NIVEAU DE QUALIFICATION :**

**Niveau d'études** : Primaire  Secondaire  Supérieur  Jamais scolarisé(e)

**Diplômes obtenus** : Certificat d'études  B.E.P.C  BAC

Autres : Lesquels ?.....

**Formation technique / apprentissage** : Précisez le métier : .....

C.A.P  B.E.P  B.P  BAC PRO  Autres : Lesquels ? .....

**PRINCIPALES FORMATIONS PROFESSIONNELLES ET / OU STAGES SUIVIS**

<i>Dates (Années)</i>	<i>Organismes</i>	<i>Intitulés / objet des formations</i>	<i>Diplômes ou qualifications obtenus ou non validés</i>

**PARCOURS PROFESSIONNEL** : Avez-vous un Curriculum Vitae ? Si oui, vous devez le joindre au dossier.

Si vous n'avez jamais travaillé, cochez cette case :

<i>Dernières périodes de travail (Années)</i>	<i>Employeur / Société</i>	<i>Poste occupé - qualification</i>	<i>Nature du contrat de travail (CDD, CD, Intérim...)</i>	<i>Si rupture du contrat, précisez le motif</i>

**Suite parcours professionnelle :**

<i>Dernières périodes de travail</i>	<i>Employeur / Société</i>	<i>Poste occupé - qualification</i>	<i>Nature du contrat de travail (CDD, CD, Intérim...)</i>	<i>Si rupture du contrat, précisez le motif</i>

**SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI :**

**Travaillez-vous actuellement ?** Oui  Non  CDD  CDI

Si vous travaillez à temps partiel, combien d'heures par semaine : .....

**Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien sur votre lieu de travail du fait de votre handicap?**

.....  
 .....

**Quels sont vos besoins relatifs à l'emploi (aménagement de poste par exemple) ?**

.....

**Avez-vous rencontré le médecin du travail ?** Oui  Non  *Si oui : A quelle date ?* ..... / ..... / .....

**Avez-vous été déclaré :**

Apte  Restriction d'aptitude  Inapte  et si oui à quelle date ? ...../...../.....

**Etes-vous en arrêt de travail ?** Oui  Non

*Si oui :* Maladie  Accident de travail  Maladie professionnelle  Depuis quelle date ? ..... / ..... / .....

**Avez-vous défini un Projet Professionnel d'accès ou de retour à l'emploi ?** Oui  Non

*Si oui :* Lequel ? : .....  
 .....  
 .....

**Etes-vous inscrit(e) à France Travail ?** Oui  Non  *Depuis quelle date ?* ..... / ..... / .....

**Bénéficiez-vous d'un accompagnement vers l'emploi ?** Oui  Non

*Si oui :* Lequel ? : CAP EMPLOI  Mission Locale  Autre (précisez) : .....

**Avez-vous effectué récemment un « bilan de compétences » ?** Oui  Non  Avec qui ? .....

**VOS RESSOURCES :**

Indemnités journalières  AAH  RSA  ARE (indemnités chômage)  Autres  : .....

Rente accident de travail  Rente maladie professionnelle  Si oui, quel est votre taux d'I.P.P ? : .....

Pension d'invalidité : 1<sup>ère</sup> cat  2<sup>ème</sup> cat  Si oui, depuis quand ? ..... **Merci de joindre l'attestation**