

FICHE DE PARCOURS PROFESSIONNEL

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de Tél :

Adresse :

Mail : N° Dossier MDPH :

Avez-vous un permis de conduire Oui Non
Avez-vous un moyen de locomotion..... Oui Non
Utilisez-vous les transports en commun..... Oui Non
Etes-vous inscrit à France Travail..... Oui Non
Etes-vous demandeur d'emploi Oui Non
Etes-vous en activité..... Oui Non

Etes-vous en arrêt de travail (accident) maladie
 Si oui depuis quand ? : Mois..... Année

FORMATION INITIALE

CAP BEP BAC BTS (ou autre niv.5) Université Autre :

Dernier diplôme obtenu : Dernière classe fréquentée :

Année : Année:.....
Pays : Pays :

Maîtrise du français : Lu Ecrit Parlé Aucune / Autre langue parlée:

FORMATION CONTINUE

Avez-vous déjà bénéficié d'une orientation en ESRP (Etablissement et service de réadaptation professionnelle) Oui Non

Année : Nom du Centre :

Intitulé: Durée :

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Concernant l'accès à l'emploi estimez-vous rencontrer :

De fortes difficultés Quelques difficultés Peu ou pas de difficultés

Précisez : 1

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

Métier exercé : Entreprise : Code Postal :

Emploi en : Milieu Ordinaire Milieu Ordinaire dans une entreprise adaptée ESAT

Nature du contrat : CDI CDD Intérim Alternance

Nombre d'heures par semaine :

Motif de départ : Fin de contrat Licenciement pour inaptitude Démission
 Licenciement économique Démission Autre

Autre métier déjà exercé : Début/...../..... Fin/...../.....

Métier exercé :

Emploi en : Milieu Ordinaire Milieu Ordinaire dans une entreprise adaptée ESAT

Nature du contrat : CDI CDD Intérim Alternance

Motif de départ : Fin de contrat Licenciement pour inaptitude Démission
 Licenciement économique Démission Autre

PRECISEZ VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (Si vous en avez un) :

.....

.....

.....

.....

.....

RESSOURCES ACTUELLES

Salaire ou revenus du travail : OUI NON
France Travail – ARE OUI NON
France Travail – ASS OUI NON RSA : OUI NON
Indemnités journalières (Maladie ou accident) : OUI NON depuis le :

Rente accident du travail Oui Non

⇒ Si oui à quel taux d'IPP %

Incapacité sécurité sociale Oui Non

⇒ Si oui quelle catégorie :, depuis le/...../.....

Allocation Adulte Handicapé Oui Non

Retraite Oui Non

Autre Oui Non

⇒ Si oui Précisez :

AVEZ-VOUS UN REFERENT/ACCOMPAGNATEUR ?

France Travail CRAMIF
Cap emploi Territoire Action Sociale

Nom : Mail..... Tél. :

Date : Signature