



FICHE D'INFORMATION PROFESSIONNELLE

Ce document est indispensable pour toute demande :

- d'Allocation Adulte Handicapée et/ou
- de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- d'Orientation Professionnelle

VOTRE IDENTITE	Nom d'usage Nom de famille: Prénom : Date de naissance :
VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE	<p>Vous êtes en emploi <input type="checkbox"/> Depuis le</p> Coordonnée Employeur:..... Poste occupé..... Nature du contrat..... <p>Précisez si vous êtes en arrêt maladie <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis le.....</p> <hr/> <p>Vous êtes sans emploi <input type="checkbox"/> Depuis le</p> <p>Vous êtes inscrit (e) à Pôle Emploi : non <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> oui, précisez la date d'inscription :</p> <p>Motif de l'inscription : <input type="checkbox"/> licenciement économique <input type="checkbox"/> licenciement pour inaptitude médicale <input type="checkbox"/> fin de mission intérim ou CDD</p> <p><input type="checkbox"/> autre, précisez :</p> <p>Avez-vous déjà travaillé : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez l'intitulé du dernier poste occupé </p>
NATURE DE VOS RESSOURCES	Type : <input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> ARE Pôle Emploi <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> rente accident travail <input type="checkbox"/> rente maladie professionnelle <input type="checkbox"/> pension d'invalidité catégorie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Autre, précisez (maladie, congé maternité...), précisez : depuis le :
VOTRE SUIVI	Avez-vous un accompagnement par Pôle emploi, CAP Emploi, Mission Locale : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis le : Avez-vous un accompagnement par une assistante sociale : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, par qui :

Scolarité et formation

Niveau d'études :
 Dernière classe fréquentée :

Dates	Intitulés ou objet de la formation	Diplômes	Organismes

Parcours professionnel ou joindre un curriculum vitae

Périodes de travail	Emplois occupés	Type de contrat	Employeurs/ Sociétés	Motif de départ

**VOTRE
FORMATION**

ET

**VOTRE
PARCOURS
PROFESSIONNEL**

**VOTRE
MOBILITE**

Avez-vous un ou des permis de conduire : non oui, lesquels :
 Avez-vous un moyen de locomotion : non oui, lequel :

**VOTRE
PROJET
PROFESSIONNEL**

Recherchez-vous directement un emploi : non oui, lequel :

 Envisagez-vous une formation : non oui, laquelle :

 Accepteriez-vous une action de formation en dehors du département de votre domicile :
 oui non
 Avez-vous d'autres projets professionnels : non oui, lesquels :

Quels sont vos attentes/difficultés par rapport au projet professionnel:

Informations/Observations particulières:

J'autorise la MDPH à recueillir (ou à communiquer) toute information concernant ma situation professionnelle auprès d'organismes tels que Pôle Emploi – CAP Emploi– service RSA – CARSAT...

Fait à :

Le :

Signature :