

FICHE DE LIAISON

Bilans de compétences adaptés PH - Formations courtes - Convention AFPA/AGEFIPH Limousin

Transmise en accord avec la personne

DE :

Prescripteur :

Nom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

A :

Organisme :

Nom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

BENEFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

NATURE DE LA DEMANDE

- Positionnement formation Bilan maintien emploi
- Diagnostic personne handicapée Formation « Remobilisation » Formation « Immersion »
- Bilan de compétences adapté personne handicapée Prestation Accompagnement pour la mobilisation vers l'emploi
- Autre :

RDV LE : **A :**

SITUATION ACTUELLE

En recherche d'emploi Depuis le :

Inscrit à Pôle Emploi depuis le :

Suite à un licenciement pour inaptitude au poste

N° identifiant Pôle Emploi :

Date 1^{er} entretien avec le conseiller prescripteur :

TYPE D'ALLOCATION

ARE ASS Autre (à préciser) :

BENEFICIAIRE ARTICLE L.5212-13

R.Q.T.H Orientation professionnelle A préciser :

Pension invalidité Cat. : Rente AT/MP Taux IPP : % C.I A.A.H Autre

NATURE DU HANDICAP *FACULTATIF - A REMPLIR AVEC L'ACCORD DE LA PERSONNE*

- Visuel Auditif Moteur Maladie invalidante Traumatisme crânien
- Handicap psychique Déficience intellectuelle Polyhandicap Autre

NIVEAU DE FORMATION

Précisez si connu :

I, II (Licence ou plus)

III (BTS, DUT)

IV (BAC, BAC Pro)

NIVEAU DE FORMATION

Précisez si connu :

V (CAP, BEP)

V Bis (Brevet des Collèges)

VI (Sans formation)

Le Prescripteur

Le Bénéficiaire

SYNTHESE DU PARCOURS PROFESSIONNEL

Durée totale expérience professionnelle :

DERNIERE ACTIVITE ET MOTIF DE L'ARRET

ELEMENTS CONCERNANT LA SITUATION DU TRAVAILLEUR HANDICAPE :

EXPRESSION PRECISE DE LA DEMANDE PAR LE PRESCRIPTEUR

Date d'envoi, le :

Signature Prescripteur

RETOUR AU PRESCRIPTEUR

Date(s) d'entretien(s) / de formation :

Résultats :

Date retour le, :

Le Prestataire

Le Bénéficiaire