

PRESTATION PONCTUELLE SPECIFIQUE

FICHE DE PRESCRIPTION

prescription n°

dossier n°

Identité et coordonnées du prescripteur

Nom de l'organisme :

Adresse :

Nom Prénom du correspondant :

Tél :

Fax :

E mail :

Identité et coordonnées du prestataire sollicité

Nom de l'organisme :

Adresse :

Nom Prénom du correspondant :

Tél :

Fax :

E mail :

Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire

Nom Prénom :

Adresse :

Tél :

Fax :

E mail :

Situation de la personne bénéficiaire

Date de Naissance: Déficience : Motrice Auditive Visuelle

Statut : en recherche d'emploi salarié stagiaire formation prof.
 en contrat apprentissage/professionnalisation autre

Reconnaissance du handicap :

Durée d'inactivité professionnelle :

COTOREP/CDA marché du travail	<input type="checkbox"/>	moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
en attente de reconnaissance	<input type="checkbox"/>	3-6 mois	<input type="checkbox"/>
AAH seule	<input type="checkbox"/>	6-12 mois	<input type="checkbox"/>
carte d'invalidité seule	<input type="checkbox"/>	12-18 mois	<input type="checkbox"/>
pension ou rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	18-24 mois	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser).....	<input type="checkbox"/>	24 mois et +	<input type="checkbox"/>

Qualifications et expériences professionnelles :

Formation ou emploi	Date début	Date fin

Prestations ou techniques de compensation dont a déjà bénéficié la personne :

date	Situation professionnelle	Type de prestation ou de technique de compensation

Prescription

(en cas de prescription de plusieurs prestations, renseigner cette partie pour chaque prestation)

Prestation demandée

- Evaluation des capacités fonctionnelles dans le cadre du projet professionnel
- Appui à la validation du projet professionnel (déficience motrice)
- Identification des techniques de compensation à mettre en œuvre (déficiences auditive/visuelle)
- Mise en œuvre des techniques de compensation (déficiences auditive/visuelle)
- Appui et conseil à l'entreprise dans le cadre d'une embauche ou d'un maintien dans l'emploi

Situation identifiée

- Appui au diagnostic approfondi
- Appui à la validation du projet professionnel
- Appui à la réalisation d'une formation
- Appui à la réalisation d'un bilan orientation/compétences
- Appui à l'accès à l'emploi
- Appui au suivi dans l'emploi
- Appui à la recherche d'une solution de maintien
- Appui à la mise en œuvre d'une solution de maintien

Exposé succinct des besoins identifiés et des attentes particulières

Préciser si nécessaire les actes ou durée particulière (ex : prestation 3 longue déficience auditive)

Conditions d'intervention

- Chez le prestataire Chez le prescripteur Sur site :
Avec le prescripteur Sans le prescripteur lieu de travail centre de formation

Personne à contacter pour la mise en œuvre de la prestation

- Bénéficiaire Prescripteur Centre de formation ou employeur

Coordonnées de l'organisme de formation ou de l'employeur *(S'il s'agit d'un employeur public, préciser fonction publique d'Etat, hospitalière ou territoriale)*

Nom de l'organisme ou de l'employeur :

Adresse :

Nom Prénom :

Fonction :

Tél :

Fax :

E mail :

Délais de réalisation souhaités

Délai de démarrage :

Date de transmission de la restitution :

Echéance particulière (début de contrat, de formation...) :

Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite.

Date :

Signature :