

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 pôle emploi..... 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.III) Université Autre :

Maîtrise du français : Lu Ecrit Parlé Aucune Autre langue :

Dernier diplômes obtenus..... Dernière classes fréquentées :

Année : Année :

Pays : Pays :

FORMATION CONTINUE

Avez-vous déjà bénéficié :

D'une orientation en Centre de Reclassement Professionnel Oui Non

Année : Organisme :

Intitulé: Durée :

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

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

De fortes difficultés Quelques difficultés Peu ou pas de difficultés

Précisez :

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

Salaires ou revenus du travail Oui Non
 Pôle emploi- ARE Oui Non Pôle emploi-ASS Oui Non
 RSA (ex RMI). Oui Non
 Indemnité journalière Maladie ou Accident du travail Oui Non Depuis le /.... /...
 Rente accident du travail Oui Non
 Si oui à quel taux d'IPP : %
 Invalidité 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 ?

Pôle emploi CRAMIF
 Cap emploi Territoire Action Sociale

Nom : Mail..... Tél. :

Date : Signature