

## FICHE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE POUR TOUTE DEMANDE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE ET/OU D'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

Conformément à la législation en vigueur, la MDPH évalue les restrictions d'accès à l'emploi de toute personne sollicitant l'allocation adulte handicapé (AAH) et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). En cas de non retour de cette fiche, votre dossier ne pourra être étudié.

### VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage ou d'épouse : .....

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

### VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT OU ÊTES EN ARRÊT MALADIE

Nom et adresse de votre employeur : .....

Type de contrat de travail :  CDI  CDD  intérim  apprentissage  
 entreprise adaptée  autre, précisez : .....

Date de début : ..... Date de fin : .....

Temps de travail :  temps plein  temps partiel, précisez : .....

Intitulé du poste de travail : .....

Votre situation actuelle :  en activité  
 en arrêt depuis le : .....  
 date éventuelle de reprise : .....

#### Si vous êtes en activité

**Avez-vous des difficultés à votre poste de travail en lien avec votre handicap ?**  
 non  oui, précisez : .....

**Dernière visite médicale auprès du médecin de travail en date du :** .....

Avis émis :  apte  inapte  
 restrictions d'aptitudes médicales, précisez : .....

**Y-a-t-il des démarches de reclassement en cours au sein de l'entreprise**  
 Non  oui, lesquelles : .....

**Licenciement envisagé :**  
Pour motif :  économique  inaptitude médicale  
 autre, précisez : .....

à quelle date : .....

#### Si vous êtes en arrêt maladie

**Motif de l'arrêt :**  
 maladie  
 accident du travail  
 maladie professionnelle  
 autre motif, précisez : .....

**Vous percevez une :**  
 rente accident du travail (RAT)  
 rente maladie professionnelle (RMP)  
 pension d'invalidité (PI)  
de catégorie  1  2  3

*Joindre obligatoirement la notification d'attribution*

## VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI OU SANS EMPLOI

### Vous êtes inscrit(e) à Pôle Emploi :

Non  oui, précisez la date d'inscription : .....

Motif de l'inscription : .....

### Vous êtes accompagné(e) par :

Cap Emploi :  non  oui, depuis le : .....

Une assistante sociale :  non  oui, par qui : .....

## VOS RESSOURCES

### Vous êtes indemnisé(e) :

ARE  ASS  rente accident du travail  rente maladie professionnelle

pension d'invalidité catégorie .....

RSA  AAH  autre (indemnités journalières...), précisez : .....

Depuis le : .....

## VOTRE SCOLARITÉ ET VOTRE FORMATION

Niveau d'études : .....

Dernière classe fréquentée : .....

Dates	Intitulé ou objet de la formation	Diplôme	organisme

## VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL (joindre obligatoirement un curriculum vitae)

Période de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Employeur	Motif de départ

## VOTRE MOBILITÉ

### Avez-vous un ou des permis de conduire ?

Non  oui, le(s)quel(s) : .....

### 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 ?  non  oui

Avez-vous d'autres projets professionnels ?  non  oui, lesquels : .....

.....

**J'autorise la MDPH à recueillir et à transmettre auprès d'organismes extérieurs les informations nécessaires à l'évaluation et à l'aboutissement de mon projet. Dans le cas contraire, j'en informe par courrier la MDPH et je me charge de recueillir et de transmettre les éléments.**

Fait à :

Le :

Signature :



**MDPH**

Maison Départementale des Personnes Handicapées

61 rue de Jéricho - CS 50145 - 17005 LA ROCHELLE Cedex 1 - Tél. 0 800 15 22 15 - Fax 05 17 83 45 44

E-mail : [mdp@charente-maritime.fr](mailto:mdp@charente-maritime.fr)