

**PRESTATION SPECIFIQUE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE (PSOP)**

**FICHE DE PRESCRIPTION**

Chaque prestation doit faire l'objet d'une fiche de prescription et de restitution. L'ensemble des éléments de la fiche de prescription doivent être renseignés par le prescripteur.

La communication de données médicales à l'Agefiph et ses prestataires n'étant pas requise, nous vous remercions de bien vouloir ne pas en faire état dans la fiche de prescription ou dans tout autre support destiné à l'Agefiph dans le cadre du marché PSOP.

**Cadre de la mobilisation**

**1. Cette prestation est-elle mobilisée dans le cadre du dispositif de l'Emploi Accompagné ?** Oui  Non

Si oui, merci de préciser :  Evaluation préliminaire  
 Accompagnement de la personne  
 Accompagnement de l'employeur

**2. Cette prestation est mobilisée dans le cadre d'un accompagnement :**

VERS l'EMPLOI     DANS l'EMPLOI

Si l'accompagnement est dans l'emploi, s'agit-il d'un :

Maintien dans l'emploi     Maintien de l'employabilité

**3. La prestation nécessite-t-elle un déplacement** Oui  Non  Si oui, estimation de la durée ..... (km, heure)

**Identité et coordonnées du prescripteur**

Cap Emploi  Pôle Emploi  Mission Locale  Comète  CEP (autres que Cap Emploi/Pôle Emploi ou Mission Locale), si oui précisez.....

Organisme de sécurité social  MSA  FASTT  Médecin du travail  Cellule PDP

Code postal du prescripteur : .....

Employeurs public, si le prescripteur est un employeur public, préciser les points suivants :

- Siret : .....
- Code NAF : .....
- Effectif d'établissement : .....
- Code postal :                          Commune :

<b>Correspondant/prescripteur : Nom</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Email du correspondant/prescripteur :</b>	
<b>Fonction du correspondant prescripteur :</b>	

**Identité et coordonnées du prestataire sollicité**

Raison sociale : .....

Distribution spéciale : .....

Complément d'adresse 1 : .....

Complément d'adresse 2 :    BP :

N° :    Rue ou lieu-dit :

Code postal :                          Commune :

**Pour les salariés : identité et coordonnées de l'entreprise (employeur du bénéficiaire)**

Siret : .....

Code NAF : .....

Effectif salarié : .....

Raison sociale : .....

Distribution spéciale : .....

Complément d'adresse 1 : .....

Complément d'adresse 2 : ..... BP : .....

N° : ..... Rue ou lieu-dit : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Correspondant : Nom ..... Prénom .....

Tel : ..... Mail : .....

**Situation de la personne handicapée bénéficiaire**

Monsieur :  / Madame :  Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Complément d'adresse 1 : .....

Complément d'adresse 2 : ..... BP : .....

N° : ..... Rue ou lieu-dit : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tel : ..... Mail : .....

<b><u>Statut :</u></b>	<b><u>Salarié - Situation par rapport à l'emploi :</u></b>	<b><u>Demandeur d'emploi - Situation par rapport à l'emploi :</u></b>
Salarié (privé) <input type="checkbox"/>	En poste <input type="checkbox"/>	Depuis :
Agent FP :	Poste occupé :	Moins d'un an <input type="checkbox"/>
Etat <input type="checkbox"/>	En arrêt de travail <input type="checkbox"/>	De 1 à moins de 2 ans <input type="checkbox"/>
Territoriale <input type="checkbox"/>	En IJ : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	2 ans et plus <input type="checkbox"/>
Hospitalière <input type="checkbox"/>		
Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>	<b><u>Contrat de travail :</u></b>	Inscrit à Pôle Emploi :
Travailleur indépendant/non-salarié <input type="checkbox"/>	Date d'embauche :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Stagiaire de la formation professionnelle <input type="checkbox"/>	CDI <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire d'un minima social :
	CDD <input type="checkbox"/> préciser la durée :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Intérim <input type="checkbox"/>	
	CUI-CIE <input type="checkbox"/>	
	CUI-CAE <input type="checkbox"/>	
	PEC <input type="checkbox"/>	
	Contrat de professionnalisation <input type="checkbox"/>	
	Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/>	

<b>Handicap principal :</b> Auditif <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Trouble cognitif <input type="checkbox"/> Maladie invalidante <input type="checkbox"/> Multi-handicap <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :	<b>Reconnaissance du handicap :</b> RQTH <input type="checkbox"/> En attente de reconnaissance <input type="checkbox"/> Uniquement AAH <input type="checkbox"/> Uniquement Carte d'invalidité <input type="checkbox"/> Pension ou rente d'invalidité <input type="checkbox"/> Autres (préciser) <input type="checkbox"/>	<b>Niveau de formation :</b> Niveau VI <input type="checkbox"/> Niveau Vbis <input type="checkbox"/> Niveau V <input type="checkbox"/> Niveau IV <input type="checkbox"/> Niveau III <input type="checkbox"/> Niveau I à II <input type="checkbox"/>	<b>Niveau de qualification :</b> Manœuvres, ouvriers spécialisés <input type="checkbox"/> Ouvriers qualifiés <input type="checkbox"/> Employés non qualifiés <input type="checkbox"/> Employés qualifiés <input type="checkbox"/> Agents de maîtrise, techniciens <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> Travailleurs non salarié <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

Qualification et expérience professionnelle :

Merci de joindre un CV pour le prestataire si possible :

**Prestations dont a déjà bénéficié la personne**

Date	Situation professionnelle	Type de prestation ( <i>intitulé, préciser droit commun/spécifique (ex : Pôle Emploi, Conseil régionale...)</i> )

**Exposé du contexte de la demande des besoins identifiés et des attentes particulières**

**Contexte de la demande :**

**Besoins identifiés :**

**Attentes particulières : motifs de la prescription, les attendues (pistes éventuelles à explorer)**

**Restriction d'aptitude connues et/ou difficultés rencontrées**

**Maintien de l'employabilité**

<b>Identification des besoins en compensation</b>
---

**Besoin en compensation identifié :**

**Personne à contacter/organisme à solliciter en cas d'aides techniques, humaines...**

Nom Prénom :

Raison sociale :

Tel :

Mail :

Distribution spéciale :

Complément d'adresse 1

Complément d'adresse 2 :

BP :

N° :

Rue ou lieu-dit :

Code postale :

Commune :

**Délais de réalisation souhaités :**

**Echéance particulière (arrêt de travail, procédure légale d'inaptitude, promesse d'embauche...) :**

**Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite et la démarche proposée lors de l'entretien du (date) :**

**Date d'envoi au prestataire :**

**Date et signature du prescripteur :**

**Date et signature du bénéficiaire :**