

## 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**

Salaire 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