

## Action d'Accompagnement vers l'Alternance des Personnes Handicapées

3APH



### FICHE DE PRESCRIPTION

#### Identité et coordonnées du prescripteur

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAP EMPLOI     | <input type="checkbox"/> IME IMPRO                   |
| <input type="checkbox"/> MISSION LOCALE | <input type="checkbox"/> ULIS OU EDUCATION NATIONALE |
| <input type="checkbox"/> POLE EMPLOI    | <input type="checkbox"/> AGEFIPH                     |

Adresse :

Nom Prénom du correspondant :

Tél :

Fax :

E mail :

#### Identité et coordonnées du prestataire sollicité

Nom de l'organisme : **Hand'T'Aisne**

Adresse : **13 Avenue Charles Gaulle 02000 Laon**

Nom Prénom du correspondant : **Allison DOUAI**

Nom Prénom de l'assistant technique : **Nathalie BERIOT**

Tél : **03.23.05.27.68**

Fax : **03.23.27.75.05**

Email :

**handtaisne.voltaire@handtaisne.fr**

#### Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire

Nom Prénom :

Adresse :

Tél :

Email :

Date de naissance :

#### Situation de la personne bénéficiaire

Age :

Déficience :

- moteur  visuel  auditif  mental  psychique  
 maladie invalidante  multihandicaps

Statut :

En contrat apprentissage

En contrat de professionnalisation

Inscrit à Pole emploi

Non inscrit à Pole emploi

Reconnaissance du handicap : (à joindre)

Durée d'inactivité professionnelle :

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| MDPH/CDA marché du travail    | <input type="checkbox"/> |
| en attente de reconnaissance  | <input type="checkbox"/> |
| AAH seule                     | <input type="checkbox"/> |
| carte d'invalidité seule      | <input type="checkbox"/> |
| pension ou rente d'invalidité | <input type="checkbox"/> |
| Autre (préciser).....         | <input type="checkbox"/> |

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| moins de 3 mois | <input type="checkbox"/> |
| 3-6 mois        | <input type="checkbox"/> |
| 6-12 mois       | <input type="checkbox"/> |
| 12-18 mois      | <input type="checkbox"/> |
| 18-24 mois      | <input type="checkbox"/> |
| 24 mois et +    | <input type="checkbox"/> |

**Niveau de formation :**

- Niveau VI ou VI bis
- Niveau Vbis
- Niveau V
- Niveau IV
- Niveau I à III

**Qualifications et expériences professionnelles :** [Joindre CV + Une notification MDPH](#)

### Prescription

#### Exposé des besoins identifiés et des attentes particulières en lien avec l'alternance

--

#### Service sollicité :

P2 : Positionnement du bénéficiaire sur un parcours d'Alternance	
P3 : Elaboration et Consolidation du projet	
P4 : Accompagnement à l'entrée du contrat en Alternance	
P5 : Appui durant le contrat : 3 mois qui suivent la signature, aux examens, en fin de contrat / rupture	

**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 :

**Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite.**

<b>Date :</b>	<b>Signature du bénéficiaire et/ou du représentant légal :</b>
	<b>Signature du prescripteur:</b>