

IMPORTANT : Ce document est à compléter et à nous retourner dans les plus brefs délais

M. Mme Mlle Nom marital

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance Lieu de naissance

Nationalité Française Union européenne Autre (précisez) :

Numéro de sécurité sociale

Adresse électronique (mail) @

Téléphone fixe Téléphone mobile

Adresse

Numero Rue ou lieu dit

Code postal Commune

S'il y a changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse

Numero Rue ou lieu dit

Code postal Commune

Situation familiale

Célibataire Marié(e) En union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Votre conjoint

Nom Prénom

Adresse (si différente de la votre)

Code Postal Ville Tel

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville Tel

Réservé à l'administration

Expédié le Reçu le

Historique administratif

Avez vous déjà un dossier à la Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non

Si oui, dans quel département ?

Quel est votre numéro de dossier ?

Votre RQTH est-elle attribuée au titre d'un accident de travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP) ? Oui Non

Si oui, date AT/MP

Numéro AT/MP

Parcours scolaire

Cochez les cases correspondant à votre niveau de formation

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6^e, 5^e, 4^e, CPA, CPPN, ou SEGPA
- 3^e ou première année de CAP/BEP
- 2^{de}/1^{ère} de l'enseigne^mt général ou 2^{de} année de CAP/BEP
- Terminale
- 1^{ère}/2^e année de DEUG/DUT/BTS, école des formations sanitaires et sociales
- Classes de 2^e ou 3^e cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'Étude Primaire (CEP)
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau BAC+2
- Diplôme de niveau BAC+3 ou plus

Social

Accompagnement par un travailleur social (assistant(e) social(e), éducateur(trice),...) ou une association ? Oui Non

Coordonnées du travailleur social ou de l'association :

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville Tel

Mise en place d'une mesure de protection juridique ? Oui Non

Type de mesure de protection juridique : MASP/MAJ Sauvegarde de justice Curatelle simple
 Curatelle renforcée Tutelle

Coordonnées du représentant :

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville Tel

Situation actuelle : Indemnités chômage (ARE, ASS, ...) RSA Salarié En stage (ASP ou avt travail)
 AAH Pension d'invalidité Demandeur d'emploi non-indemnisé

Renseignements médicaux

Pour quelle raison avez vous été reconnu travailleur handicapé ?

Quelles sont les contre-indications liées à votre problématique de santé ?

Avez-vous déjà eu des problèmes d'allergie (alimentaire par exemple) ? Oui Non

Si oui, avez-vous un traitement approprié ?

Avez-vous une ou plusieurs maladies nécessitant des soins ? Oui Non

Avez-vous une ou plusieurs maladies nécessitant un accompagnement particulier ? Oui Non

Avez-vous une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement d'urgence ? Oui Non

Quel est votre médecin référent ?

Nom

Ville Tel

Si vous consultez régulièrement des spécialistes (psychiatre, cardiologue, neurologue, endocrinologue ou autre) précisez :

Nom

Ville Tel

*Renseignements médicaux déclaratifs.
Le futur stagiaire*

Signature

Article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Le secret s'applique à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Toute personne prise en charge par un établissement a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant. L'hébergement de données médicales ne peut avoir lieu qu'avec le consentement express de la personne concernée.

Hébergement

Souhaitez-vous être hébergé par le centre ? Oui Non

Si oui, précisez :

Mobilité Sans objet Fauteuil Prothèse(s) membre(s) inférieur(s)

Arrivée au centre La veille au soir Le jour même de la formation

Observation(s) particulière(s)

Rémunération

Êtes-vous inscrit à Pôle Emploi ? Oui Non

Dernière formation effectuée rémunérée par l'AFPA Pôle Emploi l'ASP Autre

du au au centre de

ayant pour objet

Avez-vous été salarié(e) ? Oui Non

Si oui remplissez le tableau suivant :

Période		Votre activité	Nom de l'employeur ou du centre de formation
du	au		

Soyez très précis sur votre parcours professionnel, pour les périodes reportez vous aux certificats de travail.

Quel est votre régime de protection sociale ? Vous êtes affilié :

au régime général, à la CPAM de département

au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles

au régime des salariés agricoles

à un autre régime (précisez lequel)

Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et je m'engage à signaler toutes modifications relatives à cette déclaration

Fait à

le

Signature

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554.1 L 835.5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article L 441.1 du Code pénal). La loi numéro 78-17 du 6 janvier 1975 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernantauprès de l'organisme qui a traité votre demande.