|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORIENTE(E) PAR**  Nom de **l’Organisme prescripteur** :  Nom-Prénom du référent du parcours :  Mail :  Tél (obligatoire) : | http://agefiph.travers.media/charte/identite/pictogrammes/picto-37.png | **VERS**  Nom de la structure :  Mail :  Tel : |

|  |
| --- |
| **LA PERSONNE BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION**  Nom : Prénom : Date de naissance :  Adresse complète :  Tél :  Mail :  RQTH :  OUI, dates de début et de fin :  NON, en cours de reconnaissance  Nature du handicap : Maladie invalidante(PCE)   Moteur  Visuel  Auditif  Cognitif Psychique  Mental |
|  |
| **DEMARCHES PREALABLES**  Atelier (préciser) :  Prestation Activ’CREA  Autre : |
|  |
| **PRESENTATION DU PROJET ENVISAGE**  Création ou reprise d’entreprise :  Dans le cadre de :  l’accès à l’emploi  une reconversion professionnelle  un retour à l’emploi  Nature du projet :  Lieu d’exercice et zone couverte par l’activité : |
|  |
| **PRE-REQUIS EN LIEN AVEC LE PROJET**  **A développer ci-dessous**  Formation(s) ou diplôme(s) et Année(s) de réalisation ou d’obtention :  Expériences professionnelles en lien avec le projet ou transférables :  Compétences en lien avec le projet ou transférables :  Démarches déjà réalisées par le bénéficiaire dans l’avancée du projet (personnes contactées, organismes sollicités, soutiens mobilisés, études réalisées….) :  Date de démarrage souhaitée :  Autres commentaires utiles … :  Joindre le CV du bénéficiaire et tout autre document utile en lien avec le projet |
|  |
| **ELEMENTS D’ANALYSE DES REPERCUSSIONS DU HANDICAP/ AU PROJET**  **A développer ci-dessous**  Des expertises spécifiques ont-elles déjà été mobilisées (PAS, PAC, autres…) ?  Les conditions d’accessibilité au métier sont-elles réunies ?  Quels moyens de compensation ou d’aménagements éventuels sont déjà identifiés ?  Autres commentaires utiles … : |

Fait le à

*Signatures de*

Organisme prescripteur Personne bénéficiaire

|  |
| --- |
| **A L’ISSUE DU 1ER RENDEZ-VOUS**  Orientation reçue le :  Date de 1er RDV : Nom du référent expert CREA :   * Option 1 : Intégration à la phase d’accompagnement et **signature du plan d’accompagnement personnalisé** * Option 2 : Non intégration et réorientation   Motif(s) :  Date : *Signatures des 2 parties* |
|  |
| **A L’ISSUE DE LA PHASE D’ACCOMPAGNEMENT**  Période d’accompagnement du : au :   * AVIS FAVORABLE - ***Joindre la fiche de synthèse***    + Soutien post-création engagé ou à engager   + Pas de soutien post-création * AVIS DEFAVORABLE - ***Joindre la fiche de synthèse***    + Motif : * SORTIE ANTICIPEE - ABANDON   + Problème de santé   + Projet non viable validé précocement au cours de l’accompagnement   + Raison personnelle   + Reprise d’emploi salarié principal   + Autre motif :   Date : *Signatures des 2 parties* |