|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 reconnaissanceNature 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* |