

DEMANDE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL EN ESAT (MISPE)

Pour rappel La MISPE est réservée aux personnes disposant d'un des titres pouvant répondre à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (article L.5212-13 du code du travail).

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Moyen de locomotion :

- Permis B : avec véhicule sans véhicule Vélo
 Cyclomoteur ou voiture sans permis Transport en commun
 Co-voiturage ou accompagnée par un tiers

Je demande à effectuer une MISPE afin de : (Merci de cocher une case)

- Découvrir le secteur protégé (type d'activité et fonctionnement d'un ESAT)
- Affiner le projet professionnel en milieu ordinaire ou en milieu protégé
- Mettre en œuvre la décision en cours
- Réévaluer mes compétences

J'aimerais effectuer cette MISPE au sein de l'ESAT :

➔ Je pense avoir besoin d'un hébergement pour faire cette MISPE

Parcours scolaire et formation professionnelle

- Etablissement médico-social (IME/ITEP...) :
- Milieu scolaire adapté (ULIS/EREA...) :
- Milieu scolaire ordinaire :
- Formation professionnelle :

Parcours professionnel

Dernier poste occupé en milieu ordinaire du au

A exercé en qualité de :

A exercé en milieu protégé du au

Merci d'indiquer le nom de l'ESAT :

Pas travaillé

A effectué une évaluation en ESAT :

- Stage réalisé durant le parcours scolaire
- MISPE merci d'indiquer le nom de l'ESAT :
- Eval+73 merci d'indiquer le nom de l'ESAT :
- SAIP merci d'indiquer le nom de l'ESAT :

TOURNEZ SVP 

Je suis accompagné(e) dans mon parcours d'insertion professionnelle OUI NON

Si OUI, par :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SESSAD | <input type="checkbox"/> Emploi Accompagné |
| <input type="checkbox"/> SAVS | <input type="checkbox"/> CARSAT / CPAM |
| <input type="checkbox"/> SAMSAH | <input type="checkbox"/> Référente RSA / Assistante sociale de secteur / Assistante sociale service spécialisé (CHS, Hôpital...) |
| <input type="checkbox"/> CMP / EMPP / Professionnel libéral | <input type="checkbox"/> PCPE |
| <input type="checkbox"/> INJS | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> France Travail | |
| <input type="checkbox"/> CAP EMPLOI | |
| <input type="checkbox"/> MLJ | |

Avez-vous été aidé(e) pour faire cette demande ? : Oui Non

Si oui, merci de préciser :

NOM : **Prénom** :
Fonction : **Service/structure** :

A..... le

Signature de la personne concernée
et/ou de son représentant légal :

Signature de la personne
ayant aidé au dépôt de la demande :

Document à retourner à la MDPH de la Savoie – 110 rue Ste Rose – 73000 CHAMBERY
mdph@mdph73.fr