



Pas-de-Calais

Maison Départementale
des Personnes Handicapées
Groupement d'Intérêt Public

DEMANDE DE MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE EN ESAT (MISPE)

MISPE

Formulaire à compléter soigneusement et, à adresser au siège de la MDPH :
« Service Insertion Professionnelle » - 9, rue Willy Brandt – Parc des Bonnettes –
BP90266 – 62005 ARRAS

Date de la demande MISPE :/...../.....

Secteur concerné : Centre Littoral Territoire :

Numéro de dossier MDPH :

Bénéficiaire d'une orientation ESAT : oui non

Si oui, notification valable du : / / au / /

Orientation actuelle :

Demande en cours : RQTH ORP (orientation Professionnelle) AAH AUCUNE

DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de jeune-fille :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Nationalité :

NIR (n° sécurité sociale – 13 chiffres + clé) : - - - - -

Adresse de résidence :

Téléphone :

Nom de la personne référente (famille ou tuteur, précisez) :

Coordonnées téléphoniques :

STRUCTURE ACCOMPAGNANT LA DEMANDE :

SAVS Pôle Emploi Cap Emploi/Sameth Mission Locale CPO/CRP

Médecine du travail UEROS autre :

Etablissement de soins :

Nom du professionnel :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA PERSONNE EN DEMANDE DE MISPE

- Inscrit(e) chez Pôle Emploi En cours de bilan : _____
- J'ai déjà travaillé en ESAT - Quand ? : _____
Où ? : _____
- J'ai déjà effectué un stage en ESAT – Quand ? : _____
Où ? : _____
- J'ai déjà travaillé en milieu ordinaire de travail – Quand ? : _____
Où ? : _____

MOTIVATIONS POUR LA DEMANDE DE MISPE

- Je me demande si je suis capable de travailler en ESAT
 - J'ai besoin de découvrir le travail en ESAT
 - Je connais les activités professionnelles qui m'intéressent
- Lesquelles ? : _____

Descriptif de la situation, objectifs de la MISPE et informations utiles pour son organisation :

- Je souhaite réaliser une mise en situation professionnelle à l'ESAT : (à remplir obligatoirement)

- Je suis autonome dans les déplacements : mode de transport utilisé : _____

Lieu de stage :

Nom de l'ESAT : _____

Adresse de l'ESAT : _____

Contact effectué : oui non

Période/dates envisagée(s) : _____

Nom du contact à l'ESAT : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ mail : _____

En signant ce document, j'autorise les services de la MDPH à transmettre aux partenaires du service de l'emploi et de la formation les éléments qui concernent ma situation.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de la personne concernée
ou, à défaut, son représentant légal

Signature du professionnel accompagnant
