**Identité du bénéficiaire**

Nom et prénom…………………………………………………………………………………………………………………………………….………..

Date de naissance ………………………………… N° de dossier MDPH …………………………………………..

Adresse……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone ………………………….. Mail………………………………………………………..

**Objet de la mise en situation en milieu professionnel :**

 Dans le cadre d’une demande d’orientation professionnelle □

 Faisant suite à une orientation en ESAT □

Dans un objectif de découverte du travail protégé (bénéficiaire OETH) □

**Organisme prescripteur (nom de la structure et correspondant de la MISPE) :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom et adresse de l’ESAT d’accueil :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom du référent au sein de l’ESAT :** ……………………………………………………………………………………………………………….

**Date du début** : ………………………………… **Date de fin** : ……………………………………………………………………………………..

**Organisation de la période dans la structure d’accueil :**

□ Temps plein □ Temps partiel



Observations :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom du (ou des) atelier(s)  :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Activités réalisées :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Le bénéficiaire maitrise** |
| Pas du tout | Partiellement | Complétement |  | Commentaires du référent de l’ESAT |
| **Compétences sociales et relationnelles** |
|  |  |  | 1. Relations avec les collègues
 |  |
|  |  |  | 1. Relations avec l’encadrement
 |  |
|  |  |  | 1. Capacité d’intégration
 |  |
|  |  |  | 1. Capacité de communication
 |  |
|  |  |  | 1. Respect du règlement de l’établissement
 |  |
|  |  |  | 1. Présentation
 |  |
|  |  |  | 1. Ponctualité
 |  |
| **Le bénéficiaire maitrise** |
| Pas du tout | Parfaitement | Complètement |  | Commentaires du référent de l’ESAT |
| **Compétences professionnelles** |
|  |  |  | 1. Autonomie dans le travail
 |  |
|  |  |  | 1. Capacité d’initiative
 |  |
|  |  |  | 1. Capacité à travailler en équipe
 |  |
|  |  |  | 1. Capacité à demander de l’aide
 |  |
|  |  |  | 1. Respect des règles de sécurité
 |  |
|  |  |  | 1. Compréhension/respect des consignes
 |  |
|  |  |  | 1. Qualité d’exécution
 |  |
|  |  |  | 1. Constance au poste
 |  |
|  |  |  | 1. Rythme d’exécution
 |  |
|  |  |  | 1. Fatigabilité/résistance à l’effort
 |  |
|  |  |  | 1. Dextérité
 |  |
|  |  |  | 1. Utiliser le matériel mis à disposition
 |  |

**Un hébergement a-t-il été proposé durant la mise en situation ?** ………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

**Mode de déplacement utilisé pendant la mise en situation (autonome, transport en commun, accompagné…).**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Un accompagnement médico-social externe à l’ESAT a-t-il été effectif ?**

..........................................................………………………………………………………………………………………………………......

 **Autres éléments à apporter à la connaissance de la MDPH et du prescripteur :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Evaluation de la mise en situation professionnelle par le bénéficiaire :**

 **La découverte du milieu de travail protégé vous a semblé intéressante : □ oui □ non**

 **Le rythme de travail correspond à vos besoins : □ oui □ non**

 **Les activités professionnelles vous conviennent : □ oui □ non**

 **Votre avis général sur la mise en situation :**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Préconisation de l’ESAT** | **Conclusion du bénéficiaire** |
| L’ESAT répond-t-il aux besoins du bénéficiaire ? □ oui □ non □ projet différé  Pourquoi ? Si oui, préciser le(s) domaine (s) d’activité   | Je souhaite travailler en ESAT □ oui □ non □ projet différé  Pourquoi ?Si oui, préciser le(s) domaine (s) d’activité   |
| Rempli par : Fonction : Téléphone : Courriel :Fait à le Signature du référent  Signature du bénéficiaire  ou de son représentant légal  |