**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 | |