

**PRESTATION SPECIFIQUE D’ORIENTATION PROFESSIONNELLE (PSOP)**

**FICHE DE RESTITUTION**

Chaque prestation doit faire l’objet d’une fiche de prescription et de restitution. L’ensemble des éléments de la fiche de restitution doivent être renseignés par le prestataire.

**Identité et coordonnées du prestataire**

**Raison sociale** :

**Nom : Prénom : Fonction :**

**Identité et coordonnées du prescripteur**

**□ Cap Emploi □ Pôle Emploi □ Mission Locale □ Comète □ CEP (Cap Emploi/Pôle Emploi ou Mission Locale)**

|  |
| --- |
| **Correspondant/prescripteur : Nom Prénom :** |
| **Fonction du correspondant prescripteur :** |
| **Tel : Mail :** |

**Identité et coordonnées de la personne handicapée bénéficiaire**

Monsieur : □ / Madame : □ Nom : Prénom :

Date de naissance :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Tel : Mail :

**Pour les salariés : Identité et coordonnées de l’entreprise (employeur du bénéficiaire)**

Siret :

Code NAF :

Effectif salarié :

Raison sociale :

Distribution spéciale :

Complément d’adresse 1 :

Complément d’adresse 2 : BP :

N° : Rue ou lieu-dit :

Code postal : Commune :

Correspondant : Nom Prénom

Tel : Mail :

**Modules réalisés**

□ Identification des compétences acquises, des potentialités, des capacités d’apprentissages, relationnelles, comportementales ;

□ Identification des compétences transférables, transversales et des compétences complémentaires à acquérir ;

□ Travail sur l’acceptation du handicap et de ses conséquences, le deuil de l’ancien métier et l’employabilité ;

□ Découverte du marché du travail local et/ou analyse des fiches de postes/métiers dans l’entreprise ;

□ Identification des besoins et des modalités en formation : étapes intermédiaires, bloc de compétences, certifications… ;

□ Elaboration d’un nouveau projet professionnel

□ Evaluation de la faisabilité du projet envisagé

□ Construction et formalisation du plan d’action

**□ Si immersion en entreprise, préciser :**

Cadre juridique (PMSMP, convention de stages…) :

**Durée de l’immersion :**

Siret :

Code NAF :

Raison sociale :

**Activités/tâches réalisées** :

**Conditions et modalités de mise en œuvre**

Date de réception de la prescription : Date du premier contact avec le bénéficiaire :

Date de début de la prestation : Date de fin de la prestation :

**Si prestation non menée à terme, date de réorientation du bénéficiaire :**

Préciser le motif de rupture de la prestation :

□ En arrêt de travail justifié par un certificat médical

□ Accès à l’emploi

□ Accès à une formation

□ Abandon à l’initiative de la personne

□ Exclusion à la demande du prestataire

□ Autres, préciser :

**Difficultés éventuelles rencontrées dans la mise en œuvre**

**Restitution des conclusions** *(le prestataire prend en compte les attentes du prescripteur et restitue ses conclusions de manière à en faciliter une appropriation rapide et claire par la personne et le prescripteur)*

**Données, informations, indications recueillies dans le cadre de la prestation réalisée** *(Restitution des données recueillies et analyse par le prestataire)*

**Description du ou des projets, freins, atouts pour la mise en œuvre**

**Recommandations et/ou préconisations au regard de la prescription**

□ Recherche directe d’emploi

□ Formation, préciser la nature de la formation :

□ Reclassement interne

□ Reclassement externe

□ Evolution professionnelle

□ Exclusion à la demande du prestataire

□ Autres, préciser :

Remarques éventuelles :

**Conclusion et démarche(s) à mettre en œuvre pour la réalisation du projet**

**Observations du prestataire**

**Le bénéficiaire a confirmé son accord sur les conclusions et/ou préconisations proposées**

Oui □ Non □

Date de restitution :

**Commentaires du bénéficiaire :**

Date de l’envoi au prescripteur :

Signature du prestataire: Signature du bénéficiaire :