



Groupe ProActiv

CONTRAT D'ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES PROFESSIONNEL

Entre

M _____

Et

Le Président du Département

— A remplir et à signer en deux exemplaires / Copie du plan d'accompagnement professionnel et du bilan complémentaire à conserver pour compléter la phase bilan lors des entretiens suivants.

— A transmettre auprès du service Local Allocation Insertion de la MDS.

1^{er} contrat d'engagements réciproques

Renouvellement n°

SERVICE LOCAL ALLOCATION INSERTION DE LA MDS : _____

REFERENT(E) PROFESSIONNEL : _____

ORGANISME INSTRUCTEUR : _____

COORDONNÉES : _____

> SITUATION PERSONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE

N° national unique de demandeur : _____ RSA depuis le : _____

M - M^{me} - M^{lle} Etat matrimonial : _____ Depuis le : _____

Nom patronymique : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : | | | | | | | | Nationalité : _____

N° Téléphone : _____ N° Portable : _____

E-mail : _____

> SITUATION PROFESSIONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE

• Travailleur handicapé

Oui Non En attente de décision MDPH

Si oui, à quel taux d'invalidité ? _____

• Niveau de formation

Sans qualification CAP/BEP BAC BAC +2 (BTS, DUT...) Autres

Difficultés particulières avec la lecture : Oui Non

Difficultés particulières avec l'écriture : Oui Non

• **Mobilité géographique**

Permis de conduire :

NON A B C D E EC FIMO/FCOS

Moyens de locomotion utilisable(s) et disponible(s)					
Aucun	Voiture	Moto	Mobylette	Vélo	Transports en commun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Zone géographique privilégiée**

Distance de mobilité							
- de 15 min	Entre 15 et 30 min	Entre 30 min et 1heure	Plus d'une heure	- de 10 kms	Entre 10 et 20 kms	Entre 20 et 30 kms	+ de 30 kms
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **SITUATION FACE A L'EMPLOI**

• **Inscription**

Inscription Pôle Emploi : Oui Non Radiation

Si oui, n° et date d'inscription : _____

Inscription PLIE ou Maison de l'Emploi : Oui Non

Si oui, nom de l'intervenant et date d'inscription : _____

Inscription en Entreprise de Travail Temporaire (ETT) : Oui Non

Si oui, date d'inscription : _____

• **Profil professionnel**

Expériences professionnelles (emploi, formation...)	Compétences et connaissances acquises	Type de contrat	Durée	Entreprise

• **Métier(s) recherché(s)**

_____ **1^{ER} CHOIX :** _____

Domaine : _____

Caractéristiques : _____

<p>TYPE DE CONTRAT</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat Aidé <input type="checkbox"/> Contrat d'Apprentissage, de Professionnalisation <input type="checkbox"/> CDI</p> <p><input type="checkbox"/> CDD (moins de 6 mois) <input type="checkbox"/> CDD (plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> Intérim</p>
<p>DURÉE</p> <p><input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel (plus de 20 heures) <input type="checkbox"/> Temps partiel (moins de 20 heures)</p>

> Niveau de salaire attendu : _____

> Situation du marché du travail local * : Favorable Défavorable

_____ **2^E CHOIX :** _____

Domaine : _____

Caractéristiques : _____

<p>TYPE DE CONTRAT</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat Aidé <input type="checkbox"/> Contrat d'Apprentissage, de Professionnalisation <input type="checkbox"/> CDI</p> <p><input type="checkbox"/> CDD (moins de 6 mois) <input type="checkbox"/> CDD (plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> Intérim</p>
<p>DURÉE</p> <p><input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel (plus de 20 heures) <input type="checkbox"/> Temps partiel (moins de 20 heures)</p>

> Niveau de salaire attendu : _____

> Situation du marché du travail local * : Favorable Défavorable

*Avis du référent Professionnel

> PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL – PARCOURS PERSONNALISÉ

Nom : _____ Prénom : _____ N° unique : _____

Liste des thèmes à aborder dans le tableau : la mobilité, l'emploi, l'accompagnement vers l'emploi, la formation/qualification, les orientations liées à l'emploi, l'accompagnement vers l'emploi avec un appui social, le logement, la santé, la parentalité, la gestion/aide financière, l'isolement, les savoirs de base...

Phase de bilan (à remplir lors des entretiens suivants)

Thèmes	Description de l'action	Action du bénéficiaire	Actions du Référént	Services ou organismes sollicités	Moyens mobilisés	Échéance	Résultat			
							NA	PA	A	
										* Bilan, commentaires

* A remplir conjointement entre le référent et le bénéficiaire

> BILAN COMPLÉMENTAIRE — FICHE DE SUIVI EMPLOI

Nom : _____ Prénom : _____ N° unique : _____

Offre(s) d'emploi(s) proposées	S'agit-il d'une offre considérée comme raisonnable *	Domaines d'activité de l'offre proposée	Moyens mobilisés pour l'offre proposée	Résultat			BILAN, COMMENTAIRES
				Non/absent (NA) Faisabilité Absurde (FA) Absur (A)	IM	A	

Phase de bilan (à remplir lors des entretiens suivants)

> Article L.362-35 al3 CASP : le contrat précise également, en tenant compte de la formation du bénéficiaire, de ses qualifications, de ses connaissances et compétences acquises au cours de ses expériences professionnelles ; de sa situation personnelle et familiale ainsi que de la situation du marché du travail local, la nature et les caractéristiques de l'emploi ou des emplois recherchés, la zone géographique privilégiée et le niveau de salaire attendu.

> * Le bénéficiaire ne peut refuser plus de deux offres raisonnables ainsi définies.

> PARTIE RÉSERVÉE AU RÉFÉRENT PROFESSIONNEL

Nom du référent professionnel : _____

Tél. : _____ Mail : _____

Lieu de suivi : _____

Date des prochains rendez vous : - _____

- _____

Je m'engage à accompagner le bénéficiaire tel que défini dans le contrat.

Signature du référent professionnel

> PARTIE RÉSERVÉE AUX REMARQUES DU BÉNÉFICIAIRE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, _____

adhère pour une durée de 3 mois 6 mois 9 mois 12 mois aux actions proposées, et atteste avoir été informé(e) que ce projet de contrat est communiqué au Président du Département pour validation. J'atteste avoir pris connaissance que le non respect des termes de ce contrat peut entraîner la suspension de l'allocation RSA, après avis de l'Équipe Pluridisciplinaire. Enfin, je m'engage à tenir informé mon référent professionnel de tout changement de ma situation familiale et professionnelle, ainsi que celle de mon foyer.

Je certifie l'exactitude des éléments repris dans ce contrat.

A : _____ le : _____

Signature du bénéficiaire

En cas de non signature du contrat d'engagements réciproques, veuillez préciser les motifs de refus :

> PARTIE RÉSERVÉE AU PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT

DÉCISION : Validation du contrat : Rejet :

Date d'échéance du contrat : | | | | | | | | | |

Le : _____

Le Président du Département

Par délégation, le Chef du Service Local Allocation Insertion.