



# FICHE EMPLOYABILITÉ

à remplir pour toute demande d'AAH ou relative à l'emploi

**Vous pouvez également exprimer vos difficultés au travail sur papier libre**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Niveau d'études** : Primaire  Secondaire  Supérieur

**Diplômes obtenus** : Certificat d'études  BEPC  BAC  CFG  Autres : \_\_\_\_\_

**Formation Technique / Apprentissage** : CAP  BEP  BP  Bac pro  Autres : \_\_\_\_\_

## **PRINCIPALES FORMATIONS PROFESSIONNELLES ET/OU STAGES SUIVIS**

Dates	Organismes	Intitulés ou objet des formations	Diplômes obtenus

## **PARCOURS PROFESSIONNEL** : Avez-vous un Curriculum Vitae ? *Si oui le joindre au dossier*

Dernières périodes de travail	Employeur / Société	Emploi occupé / Qualification	Nature du contrat de travail	Si rupture du contrat, précisez le motif

**Travaillez- vous actuellement ?** Oui  Non

*Si vous travaillez à temps partiel, merci d'indiquer le :*

- Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_
- Nombre d'heures par mois : \_\_\_\_\_

**Nom et adresse de votre médecin du travail** : \_\_\_\_\_

**Etes-vous en arrêt de travail ?** Oui  Non

*Si oui, êtes-vous ?* : En Maladie  En Accident du travail  En Maladie professionnelle

*Depuis quelle date* : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Percevez-vous** :  
Des indemnités journalières   
Une rente Accident de travail  Si oui quel est votre taux d'IPP ? : \_\_\_\_\_  
Une rente maladie professionnelle  Si oui quel est votre taux d'IPP ? : \_\_\_\_\_  
Une pension d invalidité : 1° catégorie  2° catégorie

**Etes- vous inscrit à Pôle Emploi ?** Oui  Non  *Si oui (depuis quelle date ?)* : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Recevez-vous des indemnités de chômage ?** : Oui  Non  *Si oui (lesquelles)* : \_\_\_\_\_

*Depuis quelle date* : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ *Jusqu'à quelle date* : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Bénéficiez-vous d'un accompagnement vers l'emploi ?** : Oui  Non

*Si oui, précisez* : CAP Emploi  Mission Locale  Challenge Emploi  Autres : \_\_\_\_\_

*Nom de la personne qui vous accompagne* : \_\_\_\_\_

**Percevez- vous le RSA ?** Oui  Non  Si oui, depuis quelle date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Bénéficiez –vous d'un suivi social ?** Oui  Non

*Si oui, merci d'indiquer le nom de la personne* : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Avez-vous le permis de conduire** : Oui  Non