

# DEMANDE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL EN ESAT (MISPE)

Pour rappel La MISPE est réservée aux personnes disposant d'un des titres pouvant répondre à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (article L.5212-13 du code du travail).

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

## Moyen de locomotion :

- Permis B :     avec véhicule     sans véhicule     Vélo  
 Cyclomoteur ou voiture sans permis     Transport en commun  
 Co-voiturage ou accompagnée par un tiers

## Je demande à effectuer une MISPE afin de : (Merci de cocher une case)

- Découvrir le secteur protégé (type d'activité et fonctionnement d'un ESAT)
- Affiner le projet professionnel en milieu ordinaire ou en milieu protégé
- Mettre en œuvre la décision en cours
- Réévaluer mes compétences

J'aimerais effectuer cette MISPE au sein de l'ESAT : .....

➔ Je pense avoir besoin d'un hébergement pour faire cette MISPE

## Parcours scolaire et formation professionnelle

- Etablissement médico-social (IME/ITEP...) : .....
- Milieu scolaire adapté (ULIS/EREA...) : .....
- Milieu scolaire ordinaire : .....
- Formation professionnelle : .....

## Parcours professionnel

Dernier poste occupé en milieu ordinaire du ..... au .....

A exercé en qualité de : .....

A exercé en milieu protégé du ..... au .....

Merci d'indiquer le nom de l'ESAT : .....

Pas travaillé

## A effectué une évaluation en ESAT :

- Stage réalisé durant le parcours scolaire
- MISPE .....  merci d'indiquer le nom de l'ESAT : .....
- Eval+73 .....  merci d'indiquer le nom de l'ESAT : .....
- SAIP .....  merci d'indiquer le nom de l'ESAT : .....

TOURNEZ SVP 

**Je suis accompagné(e) dans mon parcours d'insertion professionnelle** OUI  NON

Si OUI, par :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SESSAD                             | <input type="checkbox"/> Emploi Accompagné   |
| <input type="checkbox"/> SAVS                               | <input type="checkbox"/> CARSAT / CPAM   |
| <input type="checkbox"/> SAMSAH                             | <input type="checkbox"/> Référente RSA / Assistante sociale de secteur / Assistante sociale service spécialisé (CHS, Hôpital...) |
| <input type="checkbox"/> CMP / EMPP / Professionnel libéral | <input type="checkbox"/> PCPE  |
| <input type="checkbox"/> INJS                               | <input type="checkbox"/> Autre : .....   |
| <input type="checkbox"/> France Travail                     |  |
| <input type="checkbox"/> CAP EMPLOI                         |  |
| <input type="checkbox"/> MLJ                                |  |

**Avez-vous été aidé(e) pour faire cette demande ?** :  Oui  Non

**Si oui, merci de préciser :**

**NOM** : ..... **Prénom** : .....  
**Fonction** : ..... **Service/structure** : .....

A..... le .....

Signature de la personne concernée  
et/ou de son représentant légal :

Signature de la personne  
ayant aidé au dépôt de la demande :

Document à retourner à la MDPH de la Savoie – 110 rue Ste Rose – 73000 CHAMBERY  
[mdph@mdph73.fr](mailto:mdph@mdph73.fr)