

Recueil d'informations préalables à la mise en situation en milieu professionnel

Nom du conseiller référent :

Structure d'accompagnement :

Téléphone :

Courriel :

OBJECTIF : La Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel (PMSMP) est une immersion réelle en entreprise sur une durée de 35 heures maximum afin de découvrir un métier ou confirmer un projet professionnel. Un bilan est rédigé à l'issue de la prestation.

Tous les éléments de cette fiche de recueil doivent être complétés sans quoi la demande de PMSMP ne pourra être traitée.

LES RENSEIGNEMENTS À NOUS FOURNIR :

Concernant le bénéficiaire :

☐ Mme ☐ M.

Nom d'usage : Non de naissance Prénom :

Né(e) le : À Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Téléphone : Courriel :

Personne à prévenir en cas d'urgence : Téléphone :

Si le/la bénéficiaire est un(e) salarié(e) :

(Champs à compléter même si la personne réalise la PMSMP hors temps de travail sans prévenir son employeur actuel).

Dénomination/raison sociale de l'employeur :

Forme juridique : N°SIRET :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Téléphone :

Représentée par :

Nom : Prénom : Fonction :

Concernant la structure d'accueil :

Dénomination/raison sociale de l'employeur :

Forme juridique : N°SIRET : Code APE :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Activité principale : Convention collective :

Personne responsable du bénéficiaire :

Nom : Prénom : Fonction :

Téléphone : Courriel :

Concernant le déroulé de l'immersion :

Métier à évaluer :

Dates de l'évaluation : du au Soitheures

Immersion : ☐ Hors temps de travail ☐ Sur temps de travail
☐ Contrat de travail suspendu (arrêts, congés payés, activité partielle...)

Lieu d'exécution (si différent de la structure d'accueil) :
.....

Objectif de la période d'immersion :

- ☐ Découvrir un métier ou un secteur d'activité
☐ Confirmer un projet professionnel

Activités confiées et conditions de mise en œuvre et d'évaluation :

Activités confiées et objectifs associés : (joindre une annexe si besoin)

.....
.....
.....
.....

Organisation de la période dans la structure d'accueil * :

<input type="checkbox"/> Lundi :	Deà	Et de à.....
<input type="checkbox"/> Mardi :	Deà	Et de à.....
<input type="checkbox"/> Mercredi :	Deà	Et de à.....
<input type="checkbox"/> Jeudi :	Deà	Et de à.....
<input type="checkbox"/> Vendredi :	Deà	Et de à.....
<input type="checkbox"/> Samedi :	Deà	Et de à.....
<input type="checkbox"/> Dimanche :	Deà	Et de à.....

**Si l'organisation de la période dans la structure d'accueil prévoit des horaires décalés ou des conditions particulières, joindre un document (ex: calendrier détaillé) qui en atteste, en annexe de ce recueil d'informations.*

Observations :
.....
.....

Mise à disposition d'équipement de protection individuelle : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser :
.....

Présence d'autres mesures de prévention : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser :
.....