

**Vous souhaitez être accompagné pour un CEP (Conseil en Evolution Professionnelle) salarié ? Ou en faire bénéficier un salarié ?** Pour répondre au mieux à votre demande, nous vous remercions de renseigner ce formulaire. Il nous servira à établir si vous êtes (ou le salarié est) **éligible à nos services**. Ce formulaire permet également de faire connaître les différentes **étapes réalisées par des partenaires** auprès de la personne concernée par la demande : elles seront utiles pour l'accompagnement.

*Les cases en rouge sont à remplir obligatoirement.*

## ▶ LA DEMANDE

Date :

### Qui est à l'origine de la demande ?

**Vous êtes :**      Salarié / Agent de la Fonction publique      Travailleur indépendant      Employeur

         Médecin du travail / de prévention      Service social      Service Maintien Cap emploi

Si autre, précisez :

### Coordonnées de la personne à contacter (si autre que le salarié concerné) :

Prénom / Nom :

Fonction :

Structure / organisme :

N° de téléphone :

E-mail :

### Précisez votre demande :

## ▶ LA PERSONNE SALARIÉE / AGENT / TRAVAILLEUR INDEPENDANT

**Nom / Prénom :**

Né(e) le :

Nom de naissance :

Adresse :

CP / Ville :

N° de téléphone :

E-mail :

N° Sécurité Sociale :

### Situation par rapport à l'emploi

Poste occupé :

Contrat de travail :

depuis le :

(Si CDD/Intérim) Jusqu'au :

Rythme de travail :

Niveau de formation :

Qualification professionnelle /  
catégorie de poste occupé :

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

### Situation au moment de la demande :

En poste    En arrêt de travail    En temps partiel thérapeutique    depuis le :

### La personne concernée est-elle bénéficiaire d'un titre du statut de personne handicapée (BOETH) ?

Oui    Non    Demande en cours

Si oui, précisez :

### Un maintien dans le poste actuel ou dans un autre poste dans l'entreprise a t-il été envisagé ?

Oui    Non    Demande en cours

Contre-indications / préconisations formulées par le médecin du travail ou que vous souhaitez préciser :

Disponibilité de la personne concernée pour un échange avec un professionnel de Cap emploi :  
Si vous avez un handicap auditif, merci de nous signaler votre besoin d'interprète en LSF

**Merci d'envoyer ce formulaire complété + le titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés + CV à : [cepsalarie@capemploi44.fr](mailto:cepsalarie@capemploi44.fr)**



Retrouvez le pôle Accompagnement en vidéo sur <http://opn.to/a/m5hA8>