|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORIENTE-E PAR**  Nom de l’Organisme :  Nom-Prénom du référent :  Mail :  Tél (obligatoire) : | http://agefiph.travers.media/charte/identite/pictogrammes/picto-37.png | **VERS**  Nom de la structure :  Mail :  Tel : |

|  |
| --- |
| **LE BENEFICIAIRE (\*)**  Nom : Prénom : Date de naissance :  Adresse complète :  Tél : Mail :  Nature du handicap : Moteur  Visuel  Auditif  Cognitif Psychique  Mental |
|  |
| **MOTIFS DE L’ORIENTATION**  *Expliciter le projet travaillé et les risques d’écarts identifiés entre les tâches/activités inhérentes au projet et les aptitudes repérées (ex : interrogation sur l’aptitude à conduire sur une longue distance : plus de 3 H ou à effectuer des rotations régulières du torse : plusieurs fois par heure…)* |
|  |
| **SYNTHESE DES CAPACITES/APTITUDES A ANALYSER AU REGARD DU PROJET VISE**  **Capacités physiques :**  Mobilité ☐  Motricité – Agilité physique (port de charges, mouvement de préhension, manutention…) ☐  **Capacités liées au développement de la connaissance, au savoir, au savoir-faire :**  Accès à l’information et compréhension des messages (écrits/oraux) ☐  Apprentissage – Développement de connaissances et des compétences ☐  **Capacités d’échanges et d’adaptation à l’environnement :**  Communication ☐  Gestion de la relation à autrui ☐  **Autre** ☐ précisez : |

Fait le à

*Signatures*

Organisme qui oriente Bénéficiaire de l’obligation d’emploi

**Date de réalisation de la prestation :**

**Réalisée par :**

**1/ ANALYSE DE CAPACITES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Détail des tâches/activités**  **Inhérentes au projet visé** | **Capacité évaluée** | **Analyse de la capacité** | **Pistes ou conditions d’amélioration identifiée** |
| *Travail en hauteur* | *Equilibre*  *Elévation des bras*  *(…)* |  |  |
|  |  |  |  |

**2/ PRECISIONS – COMMENTAIRES :**

**Date :**

**Signatures :**

**Prestataire PAC Bénéficiaire**