



mdph59

maison départementale
des personnes handicapées du Nord

DEMANDE DE MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE EN ESAT (MISPE)

Vos courriers sont à adresser au siège de la MDPH DU NORD :
MDPH 59 - 21 rue de la toison d'or - CS 20 372 - 59669 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX
☎ 03 59 73 73 73 - Fax : 03 59 73 73 00
Ou par mail : mdph-mispe@lenord.fr

Date de la demande :

Secteur concerné : Lille Roubaix-Tourcoing Flandres
 Valenciennes-Avesnes Douai-Cambrai

Numéro de dossier MDPH (le cas échéant) :

Bénéficiaire d'une orientation en ESAT : Oui Non

Si Oui, notification valable du / / au / /

DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse de résidence :

Téléphone :

Nom de la personne de confiance (famille ou tuteur, précisez) :

Coordonnées téléphoniques :

STRUCTURE ACCOMPAGNANT LA DEMANDE

MDPH Pôle Emploi Cap Emploi / SAMETH Mission Locale

SISEP Centre de rééducation
spécialisé / CPO / CRP Médecine du travail Autre :

UEROS ESAT Établissement de Soins :

Nom du professionnel :

Téléphone : Mail :

Informations particulières à porter à la connaissance de la MDPH :

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

SITUATION PROFESSIONNELLE

Merci de cocher les cases qui correspondent à votre situation :

- Je suis inscrit à Pôle Emploi ou à CAP Emploi ou à la mission locale.
- J'ai déjà travaillé en milieu ordinaire de travail.
Où ?
- J'ai déjà travaillé en ESAT.
Où ?
- J'ai déjà effectué un stage en ESAT.
Où ?
- Je connais les activités professionnelles qui correspondent à mes attentes.
Lesquelles ?
- J'ai déjà repéré le(s) ESAT qui propose(nt) ces activités.
Lesquels ?

Je souhaite réaliser une Mise en Situation Professionnelle à l'ESAT (MISPE) pour :

- Découvrir le milieu de travail
- Découvrir un métier. Lequel ?
- Confirmer mon projet professionnel

Je souhaite réaliser la mise en situation professionnelle (MISPE) à l'ESAT :

Voeu n°1

Nom de l'ESAT :

Adresse de l'ESAT :

Voeu n°2

Nom de l'ESAT :

Adresse de l'ESAT :

Expression libre :

.....
.....

Si besoin, n'hésitez pas à compléter sur papier libre.

En signant ce document, vous autorisez les services de la MDPH à transmettre aux partenaires les éléments qui concernent votre situation.

Fait à : Le :

Signature de la personne concernée

Signature du professionnel accompagnant



Vous devez impérativement joindre à cette demande un justificatif de domicile et d'identité.