



*Logo / Cachet correspondant*

## CONTRAT D'ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES

---

***PROFESSIONNEL***

---

Entre

M \_\_\_\_\_

Et

Le Président du Département

- A remplir et à signer en deux exemplaires / Copie du plan d'accompagnement professionnel et du bilan complémentaire à conserver pour compléter la phase bilan lors des entretiens suivants.
- A transmettre auprès du service Local Allocation Insertion de la MDS.

Premier Contrat d'Engagements Réciproques.

Renouvellement n°:

Service local allocation insertion de la MDS : .....

Référent professionnel : .....

Organisme instructeur : .....

Coordonnées : .....

.....

### ▲ **SITUATION PERSONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE** \_\_\_\_\_

N° national unique de demandeur : ..... RSA depuis le : .....

M /M<sup>me</sup>/M<sup>lle</sup> Etat matrimonial : ..... Depuis le : .....

Nom patronymique : ..... Nom marital : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance :       Nationalité : .....

N°Téléphone : .....

N°Portable : .....

E-mail : .....

## ▲ SITUATION PROFESSIONNELLE

---

### ▪ *Travailleur handicapé :*

Oui  Non  En attente de décision MDPH

Si oui, à quel taux d'invalidité ?.....

### ▪ *Niveau de formation:*

Sans qualification  CAP/BEP  BAC  BAC +2 (BTS, DUT...)  
 Autres

Difficultés particulières avec la lecture :  Oui  Non

Difficultés particulières avec l'écriture :  Oui  Non

### ▪ *Mobilité géographique:*

Permis de conduire :  NON  A  B  C  D  E  EC  FIMO/FCOS

### Moyens de locomotion utilisable(s) et disponible(s)

Aucun	Voiture	Moto	Mobylette	Vélo	Transports en commun
<input type="checkbox"/>					

### ▪ *Zone géographique privilégiée :*

### Distance de mobilité

- de 15 min	Entre 15 et 30 min	Entre 30 min et 1 Heure	Plus d'une heure	- de 10 kms	Entre 10 et 20 kms	Entre 20 et 30 kms	+ de 30 kms
<input type="checkbox"/>							



- **Métier(s) recherché(s) :**

☞ **1<sup>er</sup> Choix :** .....

**Domaine :** .....

**Caractéristiques :** .....

Type de Contrat	Durée
<input type="checkbox"/> Contrat Aidé <input type="checkbox"/> Contrat d'Apprentissage, de Professionnalisation <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD (moins de 6 mois) <input type="checkbox"/> CDD (Plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> Intérim	<input type="checkbox"/> Temps Plein <input type="checkbox"/> Temps Partiel (plus de 20heures). <input type="checkbox"/> Temps Partiel (moins de 20heures).

NIVEAU DE SALAIRE ATTENDU :

SITUATION DU MARCHÉ DU TRAVAIL LOCAL\* :       Favorable       Défavorable

☞ **2<sup>ème</sup> Choix :** .....

**Domaine :** .....

**Caractéristiques :** .....

Type de Contrat	Durée
<input type="checkbox"/> Contrat Aidé <input type="checkbox"/> Contrat d'Apprentissage, de Professionnalisation <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD (moins de 6 mois) <input type="checkbox"/> CDD (Plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> Intérim	<input type="checkbox"/> Temps Plein <input type="checkbox"/> Temps Partiel (plus de 20heures). <input type="checkbox"/> Temps Partiel (moins de 20heures).

NIVEAU DE SALAIRE ATTENDU :

SITUATION DU MARCHÉ DU TRAVAIL LOCAL\* :       Favorable       Défavorable

*\*Avis du référent Professionnel*

## ▲ PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL – PARCOURS PERSONNALISÉ \_\_\_\_\_

Nom : ..... Prénom : .....

N°unique : .....

Liste des thèmes à aborder dans le tableau :

La mobilité, l'emploi, l'accompagnement vers l'emploi, la formation/qualification, les orientations liées à l'emploi, l'accompagnement vers l'emploi avec un appui social, le logement, la santé, la parentalité, la gestion/aide financière, l'isolement, les savoirs de bases.....

Phase de bilan (à remplir lors des entretiens suivants)

Thèmes	Description de l'action	Actions du bénéficiaire	Actions du Référent	Services ou organismes sollicités	Moyens mobilisés	Echéance	Résultats.			* Bilan, commentaires
							Non Atteint (NA)	Partiellement Atteint (PA)	Atteint (A)	
							NA	PA	A	

\* A remplir conjointement entre le référent et le bénéficiaire



▲ **PARTIE RÉSERVÉE AU RÉFÉRENT PROFESSIONNEL** \_\_\_\_\_

---

Nom du référent professionnel : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Lieu de suivi : .....

Date des prochains rendez vous : - .....

- .....

Je m'engage à accompagner le bénéficiaire tel que défini dans le contrat.

Signature du référent professionnel :

▲ **PARTIE RÉSERVÉE AUX REMARQUES DU BÉNÉFICIAIRE** \_\_\_\_\_

---

.....  
.....  
Je soussigné(e), Madame, Monsieur..... ,  
adhère pour une **durée de**  **3 mois**  **6 mois**  **9 mois**  **12 mois** aux actions proposées, et atteste  
avoir été informé(e) que ce projet de contrat est communiqué au Président du Département pour  
validation. J'atteste avoir pris connaissance **que le non respect des termes de ce contrat peut  
entraîner la suspension de l'allocation RSA, après avis de l'Equipe Pluridisciplinaire. Enfin, je  
m'engage à tenir informé mon référent professionnel de tout changement de ma situation  
familiale et professionnelle, ainsi que celle de mon foyer.**

Je certifie l'exactitude des éléments repris dans ce contrat.

A :.....le : .....

Signature du bénéficiaire :

En cas de non signature du contrat d'engagements réciproques, veuillez préciser les motifs de refus :

▲ **PARTIE RÉSERVÉE AU PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT** \_\_\_\_\_

---

**Décision :** Validation du contrat :  Rejet :

Date d'échéance du contrat : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le : .....

Signature : Le Président du Département  
Par délégation,  
Le Chef du Service Local Allocation Insertion.