

CONVENTION RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PERIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL EN ESAT (MISPE)

Articles L. 146-3 et L. 241-6 et L. 312-1, R146-31-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles

Cerfa

LE BENEFICIAIRE

M Mme Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom marital : _____

Née le _____ à (commune) : _____ (département / pays) : _____

Nationalité France Union européenne ou EEE ou Confédération suisse Autre

Si Autre : document d'autorisation de séjour en France : _____

N° du document : _____ date d'expiration _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ tél : _____

Coordonnées du représentant légal (le cas échéant) : _____ tél : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ tél : _____

Situation du bénéficiaire avant l'entrée en période de mise en situation en milieu professionnel en ESAT

Personne ayant déposé une demande à la MDPH - préciser : RQTH orientation AAH

Personne bénéficiaire d'une décision d'orientation en ESAT - département de la MDPH de résidence du bénéficiaire : _____

L'ESAT D'ACCUEIL

Dénomination / raison sociale : _____ Forme juridique : ESMS

N° SIRET : _____ code APE : 8810C

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ tél. : _____

Activité(s) principale(s) : _____

Personne responsable au sein de l'ESAT de l'accueil et du suivi du bénéficiaire et du bilan de la MISPE :

Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

Tél : _____ Courriel : _____@_____

LA PERIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL EN ESAT (MISPE)

La période est prévue du _____ au _____, dans la limite de 10 jours ouvrés, soit un total de _____ heures
Elle a été prescrite par (nom et adresse du prescripteur) _____

Renouvellement ? : Oui Non – si oui : date et durée de la convention initiale : _____

Lieu d'exécution (si différent de l'adresse de la structure d'accueil) : _____

Objet de la période de mise en situation professionnelle en ESAT :

Compléter / confirmer l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire Favoriser le suivi des décisions de CDAPH Affiner un projet professionnel

ACTIVITES CONFIEES – CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET D'EVALUATION

Activité(s) confiée(s) et objectifs associés :

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

Organisation de la période dans la structure d'accueil

Lundi : de _____ à _____ et de _____ à _____ Jeudi : de _____ à _____ et de _____ à _____
 Mardi : de _____ à _____ et de _____ à _____ Vendredi : de _____ à _____ et de _____ à _____
 Mercredi : de _____ à _____ et de _____ à _____

Observations : _____

Mise à disposition d'équipement de protection individuelle (EPI) : Oui Non. Si oui, préciser : _____

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

Obligations des parties :

Le bénéficiaire s'engage à exercer la ou les activité(s) telle(s) que définie(s) dans la présente convention et à mettre en œuvre l'ensemble des actions lui permettant d'atteindre les objectifs attendus et notamment :

- Respecter le règlement intérieur de la structure d'accueil et les consignes qui lui sont données et informer la personne responsable au sein de l'ESAT de tout retard ou absence en fournissant les documents justificatifs requis ;
- Se conformer à l'ensemble des dispositions et mesures en matière d'hygiène et de sécurité applicables aux travailleurs dans la structure d'accueil, notamment en matière de port obligatoire des EPI et propres aux activités et tâches confiées ;
- Informer la personne responsable au sein de l'ESAT de son accueil et de son suivi des difficultés qu'il pourrait rencontrer dans la mise en œuvre de cette période ;
- Auto-évaluer l'apport de la période de mise en situation en milieu professionnel en ESAT dans la construction de son parcours d'insertion socioprofessionnelle.

Le directeur de l'ESAT d'accueil s'engage à prendre l'ensemble des dispositions nécessaires en vue de permettre au bénéficiaire d'exercer la ou les activité(s) telle(s) que définie(s) dans la présente convention, à l'accompagner afin de lui permettre d'atteindre les objectifs attendus, et notamment à :

- Désigner une personne chargée d'accueillir, d'aider, d'informer, de guider et d'évaluer le bénéficiaire pendant la période de mise en situation en milieu professionnel en ESAT ;
- Transmettre une copie de la convention de MISPE au prescripteur et à l'employeur si le bénéficiaire est salarié ;
- Ne pas faire exécuter au bénéficiaire une tâche régulière correspondant à un contrat d'aide et de soutien par le travail permanent, à un accroissement temporaire d'activité, à une activité saisonnière ou au remplacement d'un travailleur en cas d'absence ;
- S'assurer que la mise en situation en milieu professionnel en ESAT respecte les règles applicables à ses travailleurs pour ce qui a trait aux durées quotidienne et hebdomadaire de présence, à la présence de nuit, au repos quotidien, hebdomadaire et aux jours fériés ;
- Etre couvert par une assurance multirisque professionnelle en cours de validité tant à l'encontre de tiers que sur des biens de la structure d'accueil ;
- Mettre en œuvre toutes les dispositions nécessaires en vue de se conformer aux articles R. 311-33 à R. 311-37 du code de l'action sociale et des familles en matière d'information des travailleurs sur les règles d'hygiène et de sécurité applicables dans son établissement et fournir l'ensemble des EPI nécessaires ;
- Informer dès connaissance des faits le prescripteur et l'employeur, si le bénéficiaire est salarié, de tout accident survenant soit au cours ou sur le lieu de la mise en situation en milieu professionnel en ESAT, soit au cours du trajet domicile-ESAT.
- **Procéder à la déclaration, dans les 48 heures à compter du jour où il en a été personnellement informé, de tout accident de travail ou de trajet du bénéficiaire, auprès de l'organisme d'assurance maladie de ce dernier.**
- Donner accès aux moyens de transport et installations collectifs.
- Réaliser le bilan / évaluation de la mise en situation et transmettre le document à l'organisme prescripteur et à la MDPH du département de résidence du bénéficiaire.

Fait le _____ à _____

**Le (la) bénéficiaire
ou son représentant légal**
(signature)

Le directeur de l'ESAT, structure d'accueil
(signature et cachet)

Destinataires : Exemple 1 : bénéficiaire ou représentant légal ; 2 : ESAT - structure d'accueil ;