**Coaching pour recherche d`une place temporaire**

1. Feuille de coordonnées
	1. Fournisseur de prestations

|  |  |
| --- | --- |
| **Fournisseur de prestations** |  |
| **Interlocuteur compétent****Fonction** |  |
|  |  |

* 1. Personne assurée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** |       |       |
| **Numéro d'assuré** | 756.      |
| **Numéro de communication** |       |

* 1. Remise du rapport

|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport à l'attention de** |       |
| **Interlocuteur compétent****Fonction** |            |
| **Période sous revue** | de      | à      |
| **Forme du rapport** |  --- Faire une sélection --- |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Aperçu des prestations de coaching

|  |
| --- |
| L’aperçu des prestations du coaching fait partie intégrante du rapport final. Au besoin, les aperçus des prestations peuvent également être demandés comme partie intégrante des rapports intermédiaires par le SRP. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aperçu des prestations disponible: |  --- Faire une sélection --- |

 |

* 1. Annexes en général

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Oui / suivantes: | [ ]  Non |
| *
 |
| *
 |
| *
 |

1. Déroulement et atteinte des objectifs
	1. Description succincte du déroulement et de la situation actuelle

* 1. Atteinte des objectifs individuels (nombre indéfini)

|  |
| --- |
| **Objectif 1** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 2** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 3** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 4** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 5** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |

1. Recherche d’emploi
	1. Recherche d’une place de travail temporaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Questions:** | **Prise de position:**  |
| Une place de travail correspondante a-t-elle été trouvée? | [ ]  Oui [ ]  Non (prière de justifier)Si oui –Noter la date de début:      Justification:      |
| Nom / adresse de la place de travail |       |
| Interlocuteur compétent / Coordonnées  |             |
| De quel domaine d’activité le travail relève-t-il?  |       |
| Dans quelles activités la personne assurée est-elle employée? | *
*
*
 |
| Comment la personne assurée se rend-elle au travail?  |  --- Faire une sélection --- |

1. Suite de la procédure
	1. Recommandations

|  |
| --- |
|       |

* 1. Planification supplémentaire

|  |
| --- |
|       |

1. Signature

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu / Date |       |
| Signature des personnes responsables |       |