**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 |  |