

CONVENTION RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PÉRIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL N° _____



13912*02

Articles L.5135-1 et D.5135-1 et suivants du code du travail

L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Dénomination : MISSION LOCALE DU PAYS ROYANNAIS Forme juridique : ASSOCIATION LOI 1901
 Adresse : 69 RUE PAUL DOUMER
 Code postal : 17200 Commune : ROYAN
 S'agit-il d'un prescripteur conventionné ? Oui Non - Si oui, référence du conventionnement : _____
 Coordonnées de la structure conventionnant : _____
 S'agit-il de la structure d'accompagnement ? Oui Non

LE BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Nom de naissance : LOIZEAU Prénom : Valérie
 Nom marital : _____ RQTH : AAH : Autres TH :
 Né(e) le : 14/03/1998 à (commune) : La Rochelle (département / pays) : _____
 Nationalité : France Union européenne ou EEE ou Confédération suisse Autre
 Si Autre : intitulé du titre de séjour : _____ N° du titre de séjour : _____
 Date d'expiration : _____
 Adresse : 31 Avenue Rhin d'Alsace
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : 17110 Commune : St GEORGES de Didonne
 Courriel : _____ @ _____
 Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

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

- Demandeur d'emploi suivi par Pôle emploi - N° DE : _____
 Jeune sans emploi suivi par la mission locale - Date inscription : 27/06/2017
 Demandeur d'emploi suivi par un organisme relevant du 1° bis du L.5311-4 du code du travail - Date inscription : _____
 Salarié d'une structure de l'IAE relevant du 2° du L.5311-4 du code du travail
 Salarié bénéficiant d'un contrat aidé
 Autre salarié en accompagnement social ou professionnel
 Autre, à préciser : _____

Si le bénéficiaire est un salarié :

Dénomination / Raison sociale de l'employeur : _____ N° SIRET : _____
 Forme juridique : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Représenté par : Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Dénomination / Raison sociale : Clinique vétérinaire de la Panne Forme juridique : SELARL
 N° SIRET : 59305359700012 Code APE : _____
 Adresse : 2 impasse Mauoune
 Code postal : 17600 Commune : SAUTON
 Activité principale : médecine - chirurgie vétérinaire canine
 Convention collective ou accord de branche applicable : Assalimé vétérinaire
 Personne responsable de l'accueil et du suivi du bénéficiaire : Nom : LECIBEC Prénom : JULIEN
 Fonction : co-gérant vétérinaire Courriel : clinique.veterinaire@saumon-doroude.fr

LA STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT

S'agit-il de l'organisme prescripteur ? Oui Non ----- Si OUI, NE COMPLÉTER QUE LA ZONE CONSEILLER RÉFÉRENT -----
 Dénomination : MISSION LOCALE DU PAYS ROYANNAIS Forme juridique : ASSOCIATION LOI 1901
 Adresse : 69 RUE PAUL DOUMER
 Code postal : 17200 Commune : ROYAN
 Conseiller référent : Nom : MERLE Prénom : Séverine
 Courriel : severine.merle @ ml-pays-royannais.com

LA PÉRIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

La période est prévue du : 03/07/2017 au 13/07/2017 soit 63 heures.

Renouvellement ? Oui Non - Si oui, n° 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 en milieu professionnel :

Découvrir un métier ou un secteur d'activité Confirmer un projet professionnel Initier une démarche de recrutement

ACTIVITÉS CONFIEES – CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ÉVALUATION

Activités confiées et objectifs associés

Détail des activités et conditions de mise en œuvre en annexe

*Decouverte du rôle d'ASU
objectif : secretariat - accueil - vente comptoir*

Organisation de la période dans la structure d'accueil

Lundi : de 9h à 12h et de 14h à 18h Vendredi : de 9h à 12h et de 14h à 18h
 Mardi : de 9h à 12h et de 14h à 18h Samedi : de _____ à _____ et de _____ à _____
 Mercredi : de 9h à 12h et de 14h à 18h Dimanche : de _____ à _____ et de _____ à _____
 Jeudi : de 9h à 12h et de 14h à 18h Observations : _____

Mise à disposition d'équipement de protection individuelle : 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 les activités et tâches telles que définies dans la présente convention et à mettre en œuvre l'ensemble des actions lui permettant d'atteindre les objectifs d'insertion socioprofessionnelle attendus, et notamment :

- Respecter le règlement intérieur de la structure d'accueil et les consignes qui lui sont données et informer le conseiller référent 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 salariés dans la structure d'accueil, notamment en matière de port obligatoire des EPI et propres aux activités et tâches confiées ;
- Informer le conseiller référent de tout incident et/ou accident ;
- Informer le conseiller référent et/ou la personne responsable 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 matière de construction de son parcours d'insertion socioprofessionnelle.

La structure d'accueil s'engage à prendre l'ensemble des dispositions nécessaires en vue de permettre au bénéficiaire d'exercer les activités et tâches telles que définies dans la présente convention, à l'accompagner afin de lui permettre d'atteindre les objectifs d'insertion socioprofessionnelle 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 ;
- Ne pas faire exécuter au bénéficiaire une tâche régulière correspondant à un poste de travail permanent, à un accroissement temporaire d'activité, à un emploi saisonnier ou au remplacement d'un salarié en cas d'absence ou de suspension de son contrat de travail ;
- S'assurer que la mise en situation en milieu professionnel respecte les règles applicables à ses salariés 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 ;
- Être 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.4131-3-1 et suivants du code du travail en matière d'information des salariés sur les règles d'hygiène et de sécurité applicables dans son établissement et fournir l'ensemble des EPI nécessaires ;
- Prévenir dès connaissance des faits, et au plus tard dans les 24 heures, la structure d'accompagnement de tout accident survenant soit au cours ou sur le lieu de la mise en situation en milieu professionnel, soit au cours du trajet domicile-structure d'accueil ;
- Donner accès aux moyens de transport et installations collectifs ;
- Libérer, à la demande de la structure d'accompagnement, le bénéficiaire chaque fois que cela s'avère nécessaire.

La structure d'accompagnement s'engage, en la personne du conseiller référent, à assurer la mise en œuvre de la période de mise en situation en milieu professionnel et notamment à :

- Assurer l'accompagnement dans la structure d'accueil du bénéficiaire pour régler toute difficulté pouvant survenir pendant la période de mise en situation en milieu professionnel ;
- Intervenir, à la demande de la structure d'accueil et/ou du bénéficiaire pour régler toute difficulté pouvant survenir pendant la période de mise en situation en milieu professionnel ou de trajet qui lui serait signalé dans le cadre de cette période ;
- Informer sans délai l'organisme prescripteur ou, si le bénéficiaire est salarié, l'employeur de ce dernier, de tout accident survenant au cours ou sur le lieu de la mise en situation en milieu professionnel ;
- Réaliser le bilan / évaluation de la mise en situation réalisée, transmis, le cas échéant, à l'organisme prescripteur

L'organisme prescripteur s'engage à :

- Analyser la pertinence de la période de mise en situation en milieu professionnel proposée et d'en définir des objectifs adaptés aux besoins, possibilités et capacités tant du bénéficiaire que de la structure d'accueil ;
- Procéder à la déclaration dans les 48 heures de tout accident de travail ou de trajet qui lui serait signalé auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de résidence du bénéficiaire dès lors qu'il couvre le risque AT/MP.

Fait le : 9/8/06/2017 à Saujon

Le (la) bénéficiaire ou son représentant légal (Signature)

[Signature]

L'employeur si le bénéficiaire est salarié (Signature et cachet)

La structure d'accueil (Signature et cachet)

Julien LECLERC
N° 17 675
Docteur - Vétérinaire
2, Impasse Marianne
17600 SAUJON
Tél. 05 46 02 84 50

L'organisme prescripteur (Signature et cachet)

La structure d'accompagnement si différent de l'organisme prescripteur (Signature et cachet)



Destinataires : Exemple 1 : ASP / Exemple 2 : Bénéficiaire ou représentant légal / Exemple 3 : Structure d'accompagnement / Exemple 4 : Structure d'accueil / Exemple 5 : Prescripteur / Exemple 6 : Structure d'accompagnement

CLINIQUE VÉTÉRAIRE DE LA LANDE

N° 500 318

2, Impasse Marianne

17600 SAUJON - Tél : 05 46 02 84 50

IMMXXX-0771

IMM

BILAN DE LA PERIODE DE STAGE EN ENTREPRISE (PMSMP)

Découverte de métiers : Vérification de projet : Evaluation Emploi :

IDENTIFICATION

Nom du stagiaire : LOIZEAU Valérie
 Nom de l'entreprise : Julien LECLERC
 Nom du tuteur de stage : Docteur - Vétérinaire
 Poste occupé : secrétariat ASU observation
 Dates de l'immersion : du 03/07/17 au 13/07/17

CLINIQUE VETERINAIRE DE LA LANDE
N° 500 318
2, Impasse Marianne
SAUJON - Tél : 05 46 02 84 50

ATTITUDES ET CAPACITES EN ENTREPRISE

Critères d'évaluation					Commentaires (détailler les faits)
Présentation	ADAPTEE	A REVOIR	INADAPTEE		
Respect des horaires	PONCTUEL	RETARD JUSTIFIE	NON PONCTUEL		
Compréhension des consignes (écrites et/ou orales)	OUI	DIFFICILEMENT	NON		
Respect des consignes	CONFORME AUX ATTENTES	DIFFICILE	A TRAVAILLER		
Respect de la hiérarchie	CONFORME AUX ATTENTES	DIFFICILE	A TRAVAILLER		
Accepte les remarques	OUI ET EN TIEN COMPTE	OUI	UN PEU	A TRAVAILLER	
Capacité à prendre des initiatives	TROP	NORMALEMENT	PEU	A TRAVAILLER	
Capacité à travailler en équipe	BONNE	MOYENNE	A TRAVAILLER	NON EVALUE	
Relation avec l'équipe	BONNE INTEGRATION	RELATION AGREABLE	RELATION DISTANTE	NON RECHERCHEE	
Relation avec les tiers extérieurs	BONNE	MOYENNE	A TRAVAILLER	NON EVALUE	
Résistance physique	OUI	PEU	A TRAVAILLER	A TRAVAILLER	? non évalué
Adaptation au rythme de travail	RAPIDE	ADAPTEE	LENT	NON EVALUE	
Respect des règles de sécurité	OUI	PARTIELLEMENT	NON	NON EVALUE	
Intérêt pour l'entreprise	BEAUCOUP	OUI	PEU	PAS	
Intérêt pour le métier	BEAUCOUP	OUI	PEU	PAS	
Intérêt pour les possibilités d'emploi	OUI	PEU	AUCUN	-	
Progression au cours du stage	BONNE	A TRAVAILLER	AUCUNE	-	

ACTIVITES/ COMPETENCES

Description des Tâches réalisées	Très satisfaisant	Satisfaisant	A travailler	Pas satisfaisant	Commentaire
Chenil	X				
Secrétariat - Vente complétoir	X				
Commandes	X				
Aide pour les interventions	X				

IMPRESSIONS GENERALES SUR LE STAGIAIRE ET PERSPECTIVES

Point(s) fort(s), point(s) faible(s)

stagiaire agréable et intéressé

Quels conseils donneriez-vous à ce jeune ?

.....

.....

A votre avis, le stagiaire est-il prêt à travailler dans ce domaine ?

Oui Non

Si non, quelles en sont les raisons ?

.....

Peut-il envisager une formation dans ce domaine ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

Si non pourquoi ?

Peut-il envisager un emploi dans ce domaine ?

Oui Non

Si non pour quelles raisons ?

Pourriez vous lui proposer un poste dans votre entreprise ? Oui Non

Fait à : Saujon Le. 13/07/17

L'entreprise

Cachet, Nom, Signature
 CLINIQUE VETERINAIRE DE LA LANDE
 N° 500 318
 2, Impasse Marianne
 17600 SAUJON - Tél : 05 46 02 84 50

Le stagiaire Julien LECLERC
 N° 17 645
 Nom, Signature
 Docteur - Vétérinaire
 2, impasse Marianne
 17600 SAUJON
 Tél. 05 46 02 84 50