

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

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



N° 13912*03

L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Dénomination : Pôle Emploi Forme juridique : _____
 Adresse : 8, rue Bernard Buffet
 Code postal : 75017 Commune : Paris ☎ 0153067059
 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 : Baleste D'Astier D'Ussel Prénom : Marie Laetitia
 Nom d'usage : D'Astier RQTH : AAH : Autres TH :
 Né(e) le : 21/03/1991 à (commune) : Bogota (département / pays) : Colombie
 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 : 46, rue Claude Terrasse
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : 75016 Commune : Paris Pays : France
 ☎ + 684174735 Courriel : ML.DASTIER@GMAIL.COM
 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 : 5762625Y
 Jeune sans emploi suivi par la mission locale – Date inscription : _____
 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

| | | | | |
|------|-------|------------|------------------------|----------------------|
| dept | année | n° d'ordre | avenant renouvellement | avenant modification |
| | | | | |

 Autre salarié en accompagnement social ou professionnel
 Autre, à préciser : _____

Si le bénéficiaire est un salarié :

Dénomination / Raison sociale de l'employeur : _____
 Forme juridique : _____ N° SIRET : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ ☎ + 238512062
 Représenté par : Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Dénomination / Raison sociale : Clinique vétérinaire de la cigogne Forme juridique : sarl
 N° SIRET : 52150928100015 Code APE : _____
 Adresse : 43 route d'olivier
 Code postal : 45100 Commune : Orléans Pays : fr
 Activité principale : Clinique vétérinaire
 Convention collective ou accord de branche applicable : _____
 Personne responsable du bénéficiaire : Nom : Guillet Prénom : Cécile Fonction : Docteur
 ☎ + 238512062 Courriel : veto.bouriez@orange.fr

LA STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT

S'agit-il de l'organisme prescripteur ? Oui Non ----- Si OUI, NE COMPLÉTER QUE LA ZONE CONSEILLER RÉFÉRENT -----
 Dénomination : _____ Forme juridique : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Conseiller référent : Nom : Cuvelier Prénom : David
 ☎ + 153067059 Courriel : david.cuvelier01@pole-emploi.fr

LA PÉRIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

La période est prévue du : 0 | 4 | 0 | 7 | 2 | 0 | 1 | 6 | au 1 | 7 | 0 | 7 | 2 | 0 | 1 | 6 | soit 70 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 CONFIÉES – CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ÉVALUATION

Activités confiées et objectifs associés

Détail des activités et conditions de mise en œuvre en annexe

Préparation au matériel médical

Aide chirurgicale

Aide aux soins aux animaux

Nettoyage des espaces, du matériel

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 dans la 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.4141-3-1 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 :

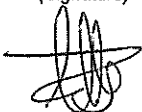
- Assurer l'accompagnement dans la structure d'accueil du bénéficiaire au travers de visites et d'entretiens sous toute forme ;
- Intervenir, à la demande de la structure d'accueil et/ou du bénéficiaire pour régler toute difficulté pouvant survenir pendant la période de mise en situation en milieu professionnel ;
- 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 ou de trajet qui lui serait signalé dans le cadre de cette période ;
- 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 : 3 | 0 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 6 | à Paris

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



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

La structure d'accueil
(Signature et cachet)

L'organisme
prescripteur
(Signature et cachet)

La structure d'accompagne-
ment si différent de
l'organisme prescripteur
(Signature et cachet)

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

Transmis à l'ASP le : _____