

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 : clinique veterinaire beaulieu Forme juridique : SELURLaston
 Adresse : 22 rue de La rochelle
 Code postal : 1 7 1 3 8 Commune : Puilboreau 0 5 4 6 6 7 5 0 8 1
 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 : GUERRE Prénom : CORALIE
 Nom marital : _____ RQTH : AAH : Autres TH :
 Né(e) le : 1 3 1 1 1 9 8 7 à (commune) : rochefort/mer (département / pays) : 17
 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 : 2 rue gill
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : 1 7 0 0 0 Commune : La Rochelle 0 7 8 3 5 6 6 9 1 9
 Courriel : coralie.g34 @ gmail.com
 Personne à prévenir en cas d'urgence : mr françois guerre (06 52 78 50 86)

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

- Demandeur d'emploi suivi par Pôle emploi - N° DE : 3855391T
- 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 : _____ 0 7 8 3 5 6 6 9 1 9
 Représenté par : Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Dénomination / Raison sociale : clinique veterinaire Forme juridique : SELURLaston
 N° SIRET : 53287879000015 Code APE : 75002
 Adresse : 22 rue de La Rochelle
 Code postal : 1 7 1 3 8 Commune : Puilboreau 0 5 4 6 6 7 5 0 8 1
 Activité principale : clinique
 Convention collective ou accord de branche applicable : _____
 Personne responsable de l'accueil et du suivi du bénéficiaire : Nom : Mr Martins Prénom : Jean-Louis
 Fonction : VETERINAIRE 0 5 4 6 6 7 5 0 8 1 Courriel : cliniqueveterinairebeaulieu@hotmail.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 : DERET Prénom : ROMAIN
0 7 8 3 5 6 6 9 1 9 Courriel : _____ @ _____

LA PÉRIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

La période est prévue du : 15/06/15 au 27/06/15 soit 35 heures.

Renouvellement ? Oui Non - Si oui, n° de la convention initiale : _____

Lieu d'exécution (si différent de l'adresse de la structure d'accueil) : clinique veterinaire beaulieu

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

~~secrétariat consignes d'hygiène et sécurité accompagnement du vétérinaire dans ses actes métiers (pendant les RDV et opérations)~~

Organisation de la période dans la structure d'accueil

<input checked="" type="checkbox"/> Lundi : de 8h00 à 11h30 et de 15h30 à 19h00	<input checked="" type="checkbox"/> Vendredi : de 8h00 à 11h30 et de 15h30 à 19h00
<input checked="" type="checkbox"/> Mardi : de 8h00 à 11h30 et de 15h30 à 19h00	<input checked="" type="checkbox"/> Samedi : de 8h00 à 12h00 et de _____ à _____
<input checked="" type="checkbox"/> Mercredi : de 8h00 à 11h30 et de 15h30 à 19h00	Dimanche : de _____ à _____ et de _____ à _____
<input checked="" type="checkbox"/> Jeudi : de 08h00 à 11h30 et de 15h30 à 19h00	Observations : _____

Mise à disposition d'équipement de protection individuelle : Oui Non. Si oui, préciser : chaussure securité veste en plomb (radio)

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 ;
- 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.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 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 : 11/06/15 à la rochelle

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)

[Signature]

Clinique Vétérinaire Beau Lieu
22 rue de La Rochelle
47000 PUILBOREAU
Tél 05 46 67 59 81
N ordre 503 785

Clinique Vétérinaire Beau Lieu
22 rue de La Rochelle
47000 PUILBOREAU
Tél 05 46 67 59 81
N ordre 503 785

Pôle Emploi
de la Rochelle Villeneuve
45 avenue Billand Varet
17000 LA ROCHE

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

Transmis à l'ASP le : _____