|  |  |
| --- | --- |
|  | **DOSSIER DE CANDIDATURE**  **2017**  **Ouverture des candidatures : du 1er au 30 Sept.2017** |

**ENTREPRISE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale** |  |
| **Secteur d’activité** |  |
| **Nb salariés** |  |
| **Nb travailleurs handicapés** |  |

**CONTACT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom Nom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Email** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code Postal** |  |
| **Ville** |  |

**CATÉGORIES**

**Dans quelle catégorie souhaitez-vous candidater ?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Alternance** - intégration de salarié handicapé en parcours d’alternance (contrat d’apprentissage ou de professionnalisation) |
|  | **Maintien dans l’emploi** – Maintien de salarié rencontrant des problèmes de santé dans l’entreprise. |
|  | **Recrutement** – recrutement de salarié en situation de handicap et parcours d’intégration dans l’entreprise. |
|  | **Nouveaux métiers / nouveaux horizons**   * Domaine d’activité ou projet d’entreprise impliquant des travailleurs handicapés dans des métiers d’avenir. * Insertion de travailleurs handicapés rendue possible grâce à l’évolution technologique de l’environnement de travail. |
|  | **Innovation managériale**– intégration de salarié en situation de handicap ayant induit un changement managérial positif dans l’entreprise. |

**PRÉSENTATION DE L’ENTREPRISE**

**Quelle est l’activité de votre entreprise ?**

|  |
| --- |
|  |

**Un collaborateur en situation de handicap dans l’entreprise, pourquoi ?**

|  |
| --- |
|  |

**Poste(s) occupé(s) par le(s) salarié(s) en situation de handicap dans votre entreprise ?**

|  |
| --- |
|  |

**Quelle(s) action(s) a ou ont été mise(s) en œuvre ? (ex : formation, accessibilité de l’entreprise ou du poste de travail, sensibilisation des salariés, …)**

|  |
| --- |
|  |

**ACTION MENÉE**

**Quel a été votre partenaire pour vous accompagner dans votre action ?**

|  |
| --- |
|  |

**Cette action a-t ’elle concerné une ou plusieurs personnes en situation de handicap ?**

|  |
| --- |
|  |

**Décrivez l’action menée :**

|  |
| --- |
|  |

**Impact de l’action sur l’organisation de l’entreprise, d’un service, d’une équipe, …**

|  |
| --- |
|  |

**Quel bilan tirez-vous aujourd’hui de cette action ?**

|  |
| --- |
|  |

**Dossier à renvoyer par mail avant le 30 septembre 2017 auprès de :**

Peggy MANSOTTE – Action Handicap

**CPME Auvergne-Rhône-Alpes**

55 rue Sergent Michel Berthet - 69009 LYON

Tel : 04 72 53 74 74 / 06 76 43 00 99

[pmansotte@cpmeauvergnerhonealpes.fr](mailto:peggy.mansotte@cgpme-ra.org)