

Dates de réalisation : du ..... au .....

Nom du Centre de Bilan .....

Bilan CDI

Bilan CDD

**Bénéficiaire :**

Nom – prénom :

Age :

Adresse :

Ville :

Formation initiale :

Niveau scolaire (VI, V, ..) :

Poste occupé/qualification :

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :  oui  en cours  envisagée

Nature de la contrainte de santé : moteur visuel auditif  
maladie invalidante cognitif maladie mentale  
autres

**Parcours professionnel du demandeur :**

**Problématique et situation de la personne** (fait générateur de la demande, contexte, projet d'insertion, maintien dans l'emploi interne ou externe, ...) :

**Spécificités de l'intervention et démarches réalisées par l'opérateur :**

**Contenu de la demande, solution proposée :**

Bon pour accord de transmission au Fongecif Haute-Normandie

Cachet et signature du Centre de bilan

Signature du demandeur