



DÉPÔT D'UN PROJET

Apprentissage en milieu de travail (APMT)

Veillez vous référer au guide d'accompagnement disponible pour vous guider dans la rédaction de votre dépôt de projet.

IDENTIFICATION

Renseignements sur le participant

Nom du participant : Prénom du participant :
Adresse :
Ville : Code postal : Province :
N° d'assurance sociale : Date de naissance :
N° Téléphone : () Courriel :

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise :
Nom légal (raison sociale, si différente) :
Numéro d'entreprise
Représenté par : Fonction :
Langue de correspondance :
Adresse de correspondance :
Ville : Code postal : Province :
N° Téléphone : poste N° Télécopieur :
Courriel :

Adresse du lieu de travail (si différente de l'adresse de correspondance)

Nom de l'entreprise :
Adresse :
Ville : Code postal : Province :
N° Téléphone : poste N° Télécopieur :

Nom de la personne autorisée à faire les demandes de remboursement

Nom de la personne : Fonction :
N° Téléphone : poste Courriel :

Statut de l'employeur

Organisme à but non lucratif Entreprise privée
 Entreprise adaptée

Renseignements sur le référent professionnel

Nom du référent professionnel : Fonction :
Organisme :
Adresse :
Ville : Code postal : Province :
N° Téléphone : poste N° Télécopieur :
Courriel :

DESCRIPTION DU PROJET

Date de début prévue :

Date de fin prévue :

Titre du poste / Description des tâches ou des activités du projet (joindre description de tâches, au besoin).

AUTRES DÉTAILS EN LIEN AVEC LE PARTICIPANT

Identifiez les capacités et les difficultés de la personne participante en lien avec sa démarche d'intégration en emploi (parcours scolaire, historique d'emploi, intérêts et aptitudes, besoins et difficultés).

En quoi les limitations constituent-elles un obstacle au projet d'emploi ? Cet emploi est convenable et sécuritaire?

Savoir-être : Évaluation des habiletés/ aptitudes/ attitudes à travailler

AUTRES DÉTAILS EN LIEN AVEC LE PARTICIPANT

Objectifs généraux d'apprentissage en milieu de travail et résultats attendus

Justification des besoins d'un accompagnateur à l'interne (taux horaire de l'accompagnateur, nombre d'heures semaine, durée)

Évaluation d'autres besoins pour la réussite du projet du participant (autres mesures de soutien)

BESOINS DE FINANCEMENT POUR LA RÉALISATION DU PROJET

Détail Salaire du participant

Taux horaire	Nombre d'heures par semaine	Nombre de semaines	% SPHERE <i>*Inscrire en décimale (ex.: 0,50)</i>	Total

Détail des autres coûts

--

Sommaire des autres contributions

	SPHERE	Employeur
Salaires et charges		
Mesure de soutien : équipements adaptés		
Mesure de soutien : Accompagnement		
Mesure de soutien : Autres		
Immobilisations / frais d'adaptation		
Transport		
Honoraires professionnels		
Total		

Le projet ne peut commencer tant que SPHERE n'a pas confirmé la date de début.

Notes (espace réservé à l'usage de SPHERE) :

PLAN D'APPRENTISSAGE ET SUIVIS (REPLIR LES APPRENTISSAGES APPLICABLES)

Numéro de suivi : _____ *Effectué auprès :* _____ *Date :* _____

Nom du participant : _____

Intervenant : _____

Apprentissage à réaliser (Précisez les objectifs)	Niveau de compétence Légende : 1-Non acquis, 2-En cours d'acquisition, 3-Presque acquis, 4-Acquis					Responsable (s) du suivi	Précisez les interventions
	Début	S1	S2	S3	S4		
<input type="checkbox"/> Apprentissages de base						<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Utilisation adéquate des outils et/ou équipements						<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Intégration de bonnes méthodes de travail						<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Maitrise des normes d'hygiène et salubrité						<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Organisation du travail						<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre	

<input type="checkbox"/> Maitrise des règles de sécurité	Début	S1	S2	S3	S4	<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	Début	S1	S2	S3	S4	<input type="checkbox"/> Superviseur immédiat <input type="checkbox"/> Accompagnateur à l'interne <input type="checkbox"/> Agent d'intégration <input type="checkbox"/> Conseiller en emploi <input type="checkbox"/> Autre

Note : Il est important que l'intervenant avise l'agent de projets de toute modification dans le plan d'action du participant (abandon, diminution des heures travaillées, congé de maladie, modification des tâches, détérioration de la condition de la personne, etc.)

Avez-vous identifié d'autres besoins ? (Demandes particulières)

Fin de participation :

Compétences génériques développées au cours du projet (sélectionnez tous les éléments applicables dans la liste ci-dessous en appuyant sur ctrl + clic)

Situation du participant à la fin de sa participation avec SPHERE:

Date du dernier jour travaillé / abandon du projet:

Raison d'abandon:

S'il y a eu un changement d'employeur ou un retour aux études en cours ou à la fin du projet, veuillez compléter les éléments ci-dessous:

Nom de l'entreprise / établissement de formation:

Date de début:

Titre du poste/de la formation:

CNP (s'il y a lieu):