|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invalidité Impasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :**  **Demande du**  **Réf :**  **T**  **V/réf.** |
| Givisiez, |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Nom, Prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Annexe au rapport médical - Mesures professionnelles pour des jeunes sans formation professionnelle initiale accomplie**

**Indications pour l’évaluation de la capacité d’insertion professionnelle**

**Pour les jeunes n’ayant pas encore commencé de formation professionnelle initiale (p.ex. jeunes en fin de scolarité) 🡪 répondre aux questions A**

**Pour les jeunes ayant déjà débuté une formation professionnelle initiale 🡪 répondre aux questions B**

**A. Questions concernant une future formation professionnelle initiale :**

a.1. L’atteinte à la santé va-t-elle avoir des répercussions sur la formation professionnelle initiale ?

oui  non

Si oui, lesquelles ?

En cas de déficits cognitifs, mnésiques, attentionnels ou d’autres limitations dans la capacité d'apprentissage, veuillez-nous les décrire de manière détaillée et nous transmettre d’éventuels examens réalisés (par ex. examen neuropsychologique)

a.2 Y a-t-il d’autres facteurs non liés à l’atteinte à la santé (par ex. psychosociaux, connaissance de la langue, etc.) susceptibles d’avoir des répercussions sur la formation professionnelle initiale ?

oui  non

Si oui, lesquels ?

a.3. Motivation de la personne assurée pour une formation professionnelle initiale :

bonne  partielle  faible

a.4. Absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical :

faible  moyen  important

a.5. Possibilités d'utiliser les transports publics :

oui  non : pourquoi?

**B. Questions concernant une formation professionnelle initiale en cours :**

b.1. L’état de santé menace-t-il la réussite de la formation professionnelle en cours ?

oui  non

Si oui, de quelle manière ?

b.2 Les difficultés de la personne assurée à suivre son apprentissage s'expliquent-elles par des déficits cognitifs, mnésiques, attentionnels ou d’autres limitations dans la capacité d'apprentissage ?

oui  non

Si oui, veuillez nous les décrire de manière détaillée et nous transmettre d’éventuels examens réalisés (par ex. examen neuropsychologique)

b.3 Y a-t-il d’autres facteurs non liés à l’atteinte à la santé (par ex. psychosociaux, connaissance de la langue, etc.) susceptibles d’avoir des répercussions sur la formation professionnelle initiale ?

oui  non

Si oui, lesquels ?

b.4 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercé jusqu'à présent ?

oui  non

Si oui, avec quelles mesures (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, aménagement du poste de travail, etc.) ?

De quelle manière ces mesures peuvent-elles influencer la capacité de travail ?

Un autre type d’activité vous semble-t-il envisageable ?

oui  non

Si oui, à quoi faudrait-il être particulièrement attentif ?

b.5 Dans quelle mesure l’activité adaptée peut-elle être exercée (heures par jour, par exemple) ?

Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement ?

oui  non

Si oui, dans quelle mesure ?

b.6 Motivation de la personne assurée pour une formation professionnelle initiale :

bonne  partielle  faible

b.7 Absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical :

faible  moyen  important

b.8 Possibilités d'utiliser les transports publics :

oui  non : pourquoi ?

b.9 Si plus aucune activité n'est exigible, quelle en est la raison ?

b.10 Suggestions, autres demandes :

Date Timbre et signature du médecin