|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport de prestation** | **Instruction selon Art 69 RAI**  |
| **Rapport final provisoire/final** |

|  |  |
| --- | --- |
| N° d‘assuré (NSS): | Xxx |
| Nom: | Xxx |
| Prénom: | Xxx |
|  |  |
| N° de la communication: | Xxx |
| Durée de la communication AI : | date – date  |
| Période de référence: | date – date  |
|  |  |
| Genre de mesure | Xxx |
|  |  |
|  |  |
| Prestataire mandaté: | Nom et Adresse de l‘institution  |
| Personne de référence: | Prénom et Nom  |
|  |  |
| Rapport adressé à: | Office cantonal AI du Valais |
| Personne AI de référence: | Prénom et Nom |
|  |  |

Indications

* Les rapports doivent être envoyés par PDF aux adresses e-mail suivantes, par HIN ou IncaMail.
* Rapport final provisoire est à envoyer cinq jours avant la date de l’entretien, au spécialiste de réadaptation chargé du dossier. (pas mettre dans la GED)
* Rapport final définitif est à envoyer à la personne de contact 10 jours civils après expiration de la communication/décision à l`adresse contact.aivs@vs.oai.ch
* Les zones marquées en jaune ainsi que toutes les évaluations doivent être remplies.

**Objectifs**

Xxx

**Compréhension de la langue**

Xxx

 **Aptitudes professionnelles particulières et compétences observées**

Xxx

**Compréhension des consignes**

Xxx

**Capacité d’adaptation**

Xxx

**Appréciation du comportement et de l’activité dans le centre**

* Comportement dans le centre en général

Xxx

* Comportement au travail

Xxx

* Dynamique et motivation

Xxx

**Facteurs personnels et sociaux, susceptibles d’influencer la réadaptation**

Xxx

**Particularités de caractère susceptibles d’influencer la réadaptation d’une manière positive ou négative**

Xxx

**Capacité professionnelle, compte tenu des limitations communiquées**

- du point de vue quantitatif

Xxx

- du point de vue qualitatif

Xxx

**Aptitude à la réadaptation compte tenu des capacités établies et de l’intérêt manifesté**

- En l’état

 Xxx

- avec mesures susceptibles d’améliorer la situation (à préciser, p. exemple adaptation du poste de travail)

 Xxx

**Conclusion en lien avec les objectifs initiaux**

Xxx

Date :

Signature :