|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport**  | **Orientation professionnelle en vue d’une formation selon Art 15 LAI en centre** |
| **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 |
|  |  |

[ ]  Rapport final provisoire Date de la remise :

[ ]  Rapport final définitif Date de la remise :

Indications

* Les rapports doivent être envoyés à la personne de contact pour les entretiens, par HIN mail ou par mail normal, si l’anonymat est respecté.
* Rapport final provisoire est à envoyer cinq jours avant la date de l’entretien.
* Rapport final définitif est à envoyer à la personne de contact 10 jours civils après expiration de la communication/décision.
* Les zones marquées en jaune ainsi que toutes les évaluations doivent être remplies.

# Résumé, objectifs, réalisation des objectifs, recommandation

**Objectif selon mandat :**

Intérêt(s) de la personne assurée : … texte

Cible(s) à tester/évaluer : … texte

Cible(s) exclues : … texte

**Atteinte des objectifs**

Les objectifs fixés sont-ils atteints ?

Niveau / type de formation: …

Si non, dans quels domaines et pourquoi ?

… texte individuel

**Recommandation / poursuite ou interruption**

(Discuter la recommandation au préalable avec l’office AI mandataire)

… texte individuel

**Conclusion en lien avec les objectifs initiaux**

## Nommer les raisons qui ont p.ex. empêché une augmentation du taux de travail, respectivement du rendement (description subjective par la personne assurée et les observations de l’institution mandatée) :

… texte individuel

# Activités exécutées, contenu de la mesure et évaluation

**Activités effectués**

|  |  |
| --- | --- |
| Date - Date | Domaine d‘activité / Institution ou entreprise / lieu*
*
*
 |

**Choix de la profession :** … texte individuel

Justifications et commentaires : … texte individuel

Justifications en lien avec les limitations fonctionnelles connues ou observées

**Evaluation des compétences sociales et personnelles**

Justifications et commentaires : … texte individuel

**Evaluation des compétences méthodologiques :**

Justifications et commentaires : … texte individuel

**Evaluation des connaissances théoriques**

Justifications et commentaires : … texte individuel

**Evaluation des compétences professionnelles**

Justifications et commentaires … texte individuel

Date et signature