

A retourner à la Délégation Conseil Handicap d'Opcalia Ile-de-France par :

- courrier : **OPCALIA Ile-de-France - Thandem - 7, rue de Madrid - 75008 Paris**

- fax : **01 53 82 70 97**

- mail : **conseilhandicap@opcalia-idf.com**

### L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_

SI VOUS ÊTES DÉJÀ ADHÉRENT OPCALIA IDF, VOTRE N° ADHÉRENT : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_ CODE NAF : \_\_\_\_\_

ACTIVITÉ : \_\_\_\_\_ EFFECTIF : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CONTACT : \_\_\_\_\_ FONCTION : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

L'entreprise a-t-elle un accord d'entreprise en faveur des salariés handicapés ?  OUI  NON

### INSCRIT LE SALARIÉ

NOM (Mme, Melle, M.) : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_ FONCTION : \_\_\_\_\_

SALAIRE HORAIRE CHARGÉ : \_\_\_\_\_

QUALIFICATION :  Ouvrier  Agent de maîtrise, technicien  
 Employé  Cadre

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES DU SALARIÉ (afin que l'organisme de formation prenne contact avec lui) :

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

### TUTEUR DU SALARIÉ HANDICAPÉ SUIVANT

(Prévoir d'adresser à Opcalia IDF une copie de la reconnaissance de travailleur handicapé)

NOM (Mme, Melle, M.) : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

FONCTION : \_\_\_\_\_

TYPE DE CONTRAT :  CDD  CDI  
 Apprentissage  Contrat de professionnalisation  
 Stagiaire de la formation continue  Intérimaire

DATE D'EMBAUCHE : \_\_\_\_\_

### AU DISPOSITIF DE FORMATION THANDEM PROPOSÉ PAR OPCALIA ILE-DE-FRANCE

Démarche interentreprises  Démarche intra-entreprise  
(à partir de 5 tuteurs formés dans la même entreprise)

**Pour plus d'informations :**

**Délégation Conseil Handicap**

Tél. : 01 53 82 70 14

conseilhandicap@opcalia-idf.com

Date, cachet, signature