



VICE-PRÉSIDENTE,  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS,  
en charge de la famille, de la condition féminine, des  
personnes non autonomes et des relations avec les  
institutions

DIRECTION DES SOLIDARITÉS,  
DE LA FAMILLE ET DE L'ÉGALITÉ

**COTOREP**

P O L Y N E S I E F R A N Ç A I S E

*Commission Technique d'Orientation  
Et de Reclassement Professionnel  
( COTOREP )  
Ouvert au public : Lundi, Mercredi, Vendredi  
de 7h30 à 11h30  
e-mail : [cotorep.dsfe@administration.gov.pf](mailto:cotorep.dsfe@administration.gov.pf)  
BP 1707 - 98713 PAPEETE  
☎40.46.58.40*

DEMANDE DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER COTOREP  
- ACCUSÉ DE RÉCEPTION -

*(Document à retourner au secrétariat de la COTOREP, à remplir par le demandeur ou son représentant légal)*

Les données recueillies par la DSFE dans ce formulaire sont nécessaires à la gestion des dossiers COTOREP. Ce traitement repose sur la mission d'intérêt public assurée par le Gouvernement de Polynésie française, en qualité de responsable de traitement. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice d'information jointe au présent document.

Je soussigné(e)

Numéro de DN : _____	
Nom (patronymique) : _____	
Nom d'usage : _____	
Prénoms : _____	
Date et lieu de naissance : _____ à _____	
Régime	<input type="checkbox"/> RGS <input type="checkbox"/> RNS <input type="checkbox"/> RSPF <input type="checkbox"/> RSS <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____
Adresse	Commune : _____ Ile: _____ Pk : _____ côté mer/côté montagne (à entourer la bonne mention) Quartier : _____ Boite postale : _____ à _____
Téléphone	Domicile _____ Portable _____
Adresse e-mail	_____@_____
Profession	_____ <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> En invalidité(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> en situation de stage
Nom de l'employeur	_____ Téléphone : _____

Vous bénéficiez d'une mesure de protection judiciaire :  oui  non

Si oui, merci de préciser :

Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Sauvegarde de justice

Nom de l'organisme et/ou du représentant légal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

## Souhaite constituer un dossier COTOREP

### Type de demande :

- 1ère demande                       Renouvellement                       Recours

### Nature de mes demandes :

**Demande de Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé (RTH) :**

#### Orientation en Milieu Ouvert (MO) :

- Orientation vers la Cellule Insertion des Travailleurs Handicapés (C.I.T.H.) du S.E.F.I.  
 Orientation vers l'APRP (Entreprise Adaptée)  
 Orientation vers un E.S.A.T. (Établissement et Service d'Aide par le Travail)

À préciser : \_\_\_\_\_

#### Orientation en Milieu Adapté (MA) :

- Vers une Association/ Fédération :

À préciser : choix N°1 : \_\_\_\_\_ choix N°2 : \_\_\_\_\_

- Maintien dans l'Association / Fédération

À préciser : \_\_\_\_\_

**Orientation en Atelier occupationnel (RTH non nécessaire)**

A préciser : choix n°1 : \_\_\_\_\_ Choix n° 2 : \_\_\_\_\_

**Allocation pour Adulte Handicapé (A.A.H.),**

**Allocation Compensatrice de perte d'autonomie (A.C.),**

**Carte d'Invalidité de Polynésie Française (C.I.P.F.),**

**Carte pour les Personnes à Mobilité Réduite (C.P.M.R.),**

**Carte de Stationnement Pour les Personnes Handicapées (C.S.P.P.H.)**

**Autre demande**

À préciser : \_\_\_\_\_

### **Notice d'information relative à la protection des données personnelles**

Les données à caractère personnel collectées par la Direction des solidarités, de la Famille et de l'Égalité, directement auprès de vous, font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion des dossiers COTOREP. Le traitement de ces données repose sur les missions d'intérêt public assurées par le Gouvernement de Polynésie française en qualité de responsable de traitement et tel que prévu par la délibération n° 82-36 du 30 avril 1982 modifiée relative à l'action en faveur des personnes handicapées. Les données à renseigner dans le présent formulaire sont, à ce titre, obligatoires. Ces données sont transmises à la Direction de la DSFE ayant un intérêt à en connaître et seront conservées pendant 5 ans à compter de la clôture du dossier dans le respect des prescriptions légales.

Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit de limitation ou d'opposition au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, droit de suppression et droit de décider du sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer par courrier électronique à l'adresse [secretariat@solidarite.gov.pf](mailto:secretariat@solidarite.gov.pf) ou par courrier postal adressé à la Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Égalité – Immeuble Te Hotu BP 1 707 98713 PAPEETE, en justifiant de votre identité.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL <https://www.cnil.fr>

Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, vous pouvez contacter la Déléguée à la Protection des Données (DPD) aux adresses suivantes : DPO Service de l'informatique BP 4574 98713 PAPEETE - [dpo@informatique.gov.pf](mailto:dpo@informatique.gov.pf) ou consulter notre politique de protection des données [Politiques de protection des données personnelles - Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Égalité \(service-public.pf\)](#)

« En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information relative à la protection des données personnelles ci-dessus, qui explique les droits des usagers concernant le traitement de leurs données personnelles et de ma demande de constitution d'un dossier COTOREP »

Date :

Signature de l'intéressé(e) ou du tuteur légal

**Liste des documents à fournir :**

Transmettre

Réceptionné

**Pièces obligatoires pour constituer un dossier COTOREP :**

- Formulaire « Demande de constitution d'un dossier COTOREP »,
- Formulaire intitulé « Certificat médical COTOREP - Personne adulte handicapée » de moins d'un (1) an dûment complété, daté et signé par le médecin
- Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité (passeport ou carte d'identité) **OU** l'acte de naissance
- Photocopie de la carte CPS en cours de validité
- Justificatif de domicile de moins de trois (3) mois (facture d'électricité, d'eau, de téléphone fixe ou certificat de résidence etc.)
- OU** Justificatif de domicile de l'hébergeur, ainsi qu'une attestation d'hébergement accompagnée de la pièce d'identité de l'hébergeur
- 4 photos d'identité récentes

**Si mesure de protection judiciaire :**

- Jugement de placement sous tutelle ou curatelle en cours de validité
- Procuration et photocopie de la pièce d'identité du tuteur ou curateur en cours de validité

**Si vous êtes ressortissant de la CTES/ MDPH :**

- Votre dernière Notification CTES ou MDPH

**Dans le cas d'un recours :**

- Courrier de recours
- Un nouveau certificat médical

**Partie réservée à l'Administration :**

- Dossier complet, à instruire
- Dossier incomplet à compléter [***tout dossier incomplet ne sera pas instruit***]

Date :

Accusé de réception de la COTOREP :