

Date de la prescription :

PRESCRIPTEUR

Nom de la structure :

Nom et prénom du référent :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

MOTIFS ET OBJETS DE LA PRESCRIPTION :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE

Bénéficiaire : RSA ARE Prime d'Activité**Identifiant CAF :**Minima social : ASS AAHEnfant(s) à charge : oui nonNiveau de qualification : VI V IV III II/IReconnaissance travailleur handicapé : oui nonDifficultés sociales particulières : oui non**Précisez :** Logement Santé Endettement Isolement Parent isolé Justice Maîtrise langue française Autre :Inscrit à Pôle emploi : oui non**Si oui :** attestation loi de finances ou avis de situation à apporter le jour du rendez-vous initial**Identifiant Pôle emploi :**En emploi : oui non**Si oui :** Temps complet Temps partiel CDI CDD Auto-entrepreneur SIAE CDDI IntérimEn formation : oui non

Projet professionnel :

 Projet Professionnel défini**Précisez le projet :**

MOBILITE ET PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES

Détenteur du code : oui non

Numéro d'Enregistrement Préfectoral Harmonisé :

Détenteur du permis de conduire : oui nonType de permis : B A AM

Moyen(s) de locomotion :

Difficultés repérées : Matérielle Cognitive Autre :

PARTIE A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Rendez-vous initial	Dates	Lieu	Présence
1 ^{ère} proposition			
2 ^{ème} proposition			
3 ^{ème} proposition			

Motifs de non adhésion :

 Fiche de prescription incomplète Coordonnées non attribuées/injoignable Absence de justificatif de situation N'est pas venu aux 3 rdv proposés Déclare être hors du territoire du PTS Ne souhaite pas être accompagné Autre motif :

Signature du prescripteur

Signature du bénéficiaire