

DATE DE PRESCRIPTION NOM DU PRESCRIPTEUR:.....

PARTICIPANT ORIENTÉ

Mme M Nom, prénom :.....

Date de naissance (obligatoire) : Situation familiale :.....

Nombre enfants :.....

Nationalité : Si titre de séjour, date de validité :.....

Adresse :

Code postal : Ville :.....

Téléphone mobile :..... Fixe :.....

Mail :.....

Permis B : Oui Non Véhiculé(e) : Oui Non

CRITÈRES D'ENTRÉE

Le participant potentiel est-il inscrit au Pôle Emploi ? Oui Non

si oui N° DE et date d'inscription :.....

Le participant potentiel est-il indemnisé ? : Oui Non sans ressources

Si oui, type d'indemnisation : ARE ASS AAH RSA Autre NC

Lien avec travailleur social : Oui Non

Si oui, nom et structure (CCAS, MDS, autre) :..... ou NC

Si RSA, nom de la structure de référence : MDS CCAS CAF N° CAF : Autre NC

Nom du/de la référent(e) social(e) :..... ou NC

Nature du RSA, prime activité : Oui Non

Quel est le critère principal de l'orientation ?

- DELD (DE inscrit au Pôle Emploi > 1 an)
- Travailleur handicapé
- Bas niveau de qualification < 5, 5 bis
- Longue période d'inactivité professionnelle
- RSA
- DE < 1 an
- Autre:.....

OBJET DE L'ORIENTATION

Commentaires (Atouts et freins du DE, axes de travail, projet professionnel à élaborer, remobilisation vers l'emploi, etc...) :

.....

.....

.....

.....

Difficultés à caractère social ou de santé? Oui Non

Positionnement sur action PLIE : Oui Non

Si oui, intitulé de l'action visée ou « ne sait pas » :

A la date de réception de cette fiche, la décision sur l'accompagnement sera rendue pour la commission N+2

IMPORTANT

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES, TOUTE FICHE INCOMPLETE NE POURRA ETRE TRAITEE

Tampon et signature du prescripteur (obligatoire)