FICHE PRESCRIPTION

Fiche à remplir par le-la prescripteur-trice
et à transférer par mail à mobylis@mobylis.org - Renseignements 06 72 77 60 79

***Date :***

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DU-DE LA PRESCRIPTEUR-TRICE |
| Organisme : |  |
| Nom du-de la prescripteur-trice : |  |
| Adresse : | ……………...................................................................................................................................................................... |
| Téléphone : | ……………………………………...................... | Mail : | ...............................................................@................................ |
|  |
| Site sollicité |
| [ ]  Vire | [ ]  Flers | [ ]  Argentan | [ ]  Manche |  |
| Action sollicitée  |  |  |  |  |
| [ ]  Diagnostic / accompagnement | [ ]  Permis B/AM | [ ] MécaMobyl/garage | [ ] Rallye City |
| [ ]  Location Scooter | [ ]  Location voiture | [ ] Micro-crédit | [ ] Mobycode |
| BÉNÉFICIAIRE |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Adresse complète : |  |
| Téléphone-s :  | Né-e le :  |
| Mail : | [ ]  Oui : | ………………………...........................@...................... | [ ]  Non |
| Situation familiale :  | [ ]  Célibataire | [ ]  Couple sans enfant | [ ]  Couple avec enfant | [ ]  Monoparental |
| STATUT |
| [ ]  RSA : n° allocataire: ……………………… | [ ]  DE : id. Pôle Emploi : ……………………… | Date d’inscription : …………………………. |
| [ ]  Autre : préciser |
| [ ]  QPV | [ ]  ASS | [ ]  AAH | [ ]  - de 26 ans | [ ]  Salarié-e | [ ]  SIAE | [ ]  Intérimaire |
| Eligible FAJ :  | [ ]  Oui | [ ]  Non |  |
| OBJECTIF DE LA PRESCRIPTION |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| ………………………………………………….................................................................................................................................................... |
|  |
| Cadre réservé à Mobylis |
| Reçu le : | ………….............. | Transmis le : | ………….. | A : | ………………………………………..... |