



# LE DÉPARTEMENT

## Actions d'insertion FICHE DE PRESCRIPTION

Attention, document à compléter et faire signer en bleu

### 1/ Information concernant le prescripteur de l'action :

Organisme référent : .....

Nom du référent : .....

Téléphone : ..... Courriel : ..... Fax : .....

### 2/ Action sollicitée :

Nom de l'organisme : ASSOCIATION EN CHEMIN .....

Type d'opération :  Cofinancée FSE   Action non cofinancée FSE

Intitulé de l'action sollicitée : AGIRE 4 .....

### 3/ Information concernant la personne bénéficiaire :

Mme /  M. Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date et lieu de naissance : ...../...../..... à .....

Nationalité :  Française  U.E  Hors U.E (titre de séjour en cours de validité)

Adresse : .....

Quartier politique de la ville : .....

Téléphone / Mobile : ..... Mail : .....

N° CAF / MSA : ..... N° Pôle emploi : ..... et date d'inscription : ...../...../.....

#### Statut :

Allocataire du RSA :

Contrat d'engagements réciproques (contrat d'insertion) valide du ...../...../20..... au ...../...../20.....

*Attention, un participant doit avoir un contrat d'engagements réciproques (contrat d'insertion) valide durant toute la durée d'une action. Le contrat d'engagements réciproques (contrat d'insertion) devra donc être renouvelé autant de fois que nécessaire au regard de la durée de l'accompagnement.*

Bénéficiaire de l'ARE

Bénéficiaire de l'ASS

Bénéficiaire d'un minima social : .....

Demandeur d'emploi de longue durée : durée d'inscription supérieure ou égale à 12 mois

Adulte éloigné de l'emploi en situation ou menacé de pauvreté, sans statut particulier

Jeune de moins de 26 ans

#### Situation :

Ressources :  RSA  ARE  ASS  AAH  Sans ressources

Nombre d'enfants : ..... Mode de garde :  Oui  Non

Moyen de transport :  Oui  Non Si Oui, lequel ? : .....

Nom / Prénom du bénéficiaire :

A compléter par le prescripteur :

Situation du bénéficiaire (problématique, freins, dynamiques...) :

Objectif principal de l'action sollicitée :

**Date de la prescription :**

*Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen Général sur la Protection des Données 2016/679 (RGPD), j'autorise le prescripteur à fournir tout document permettant de justifier de mon éligibilité aux opérations cofinancées par le FSE afin de me permettre de participer à celles-ci.*

**Signature du bénéficiaire**

**Signature et tampon du prescripteur**

Nom / Prénom du bénéficiaire :

A compléter par l'opérateur (retour de la prescription) :

Bilan de l'action en fin de parcours :

Résultats obtenus :

Objectifs de la poursuite du parcours d'insertion (à la fin de l'action) :

Date de la transmission du bilan de l'action :

Signature du bénéficiaire

Signature et tampon du prestataire