

FICHE DE PRESCRIPTION

Structure destinataire : Un peu d’R

Action de la structure concernée : Atelier

Cette prescription doit également être adressée en copie au correspondant de structure du Conseil départemental

Date :

Personne concernée par la prescription :

Nom/Prénom :

Adresse :

Tél :

Courriel :

Date de naissance :

Situation familiale :

N° allocataire :

Ressources :

RSA AUTRE – Préciser :

Niveau de formation :

Dernier emploi occupé / dates :

Projet professionnel :

Inscrite au Pôle Emploi Oui Non

RQTH Oui Non

Prescripteur :

Nom/Prénom :

Structure :

Tél :

Courriel :

Nom du correspondant de structure du Conseil départemental et courriel :

Objectifs attendus de l’action

<u>Emploi / Formation</u>	<u>Mobilité</u>	<u>Santé</u>	<u>Autres</u>
<input type="checkbox"/> Recherche d’emploi <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Création activité <input type="checkbox"/> Consolidation de l’activité <input type="checkbox"/> Construction du projet professionnel <input type="checkbox"/> Reprise d’études	<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Acquisition/location d’un véhicule <input type="checkbox"/> Réparation du véhicule <input type="checkbox"/> Autonomie dans les déplacements <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Suivi santé <input type="checkbox"/> Obtention d’une couverture santé <input type="checkbox"/> Obtention RQTH <input type="checkbox"/> Obtention AAH	<input type="checkbox"/> Organisation du quotidien <input type="checkbox"/> Garde d’enfant, d’un proche <input type="checkbox"/> Démarches judiciaires <input type="checkbox"/> Budget <input type="checkbox"/> Vie sociale <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Démarches administratives

FICHE DE PRESCRIPTION

--	--	--	--

Éléments complémentaires concernant les objectifs :

Zone d'expression libre :

Je certifie avoir pris connaissance du fait que des informations pourront être échangées entre partenaires de l'insertion sur ma situation en vue de mon entrée dans l'action.

Nom et signature de la personne concernée
par la prescription

Nom et signature du prescripteur

Suites données : A remplir par la structure et à retourner **impérativement** au prescripteur, copie au correspondant de structure du Conseil départemental par courriel

Intègre Monsieur/Madame dans l'action à partir du :

N'intègre pas Monsieur/Madame dans l'action au motif suivant :

Pas de recrutement en cours (structures d'insertion par l'activité économique)

Pas de place disponible sur l'action actuellement

Orientation non adaptée (Préciser)

Autre motif (Préciser)