

FICHE DE PRESCRIPTION

Action de soutien à la mobilité MOBIL'ACTIFS /Location véhicule

Attention : une fiche de prescription incomplète ne sera pas traitée

Prescripteur :

Nom organisme :
Nom / Prénom : Téléphone :
Adresse :
Email : Date d'envoi de la demande :

Participant :

Nom / Prénom : Homme Femme
Date de naissance : Commune de naissance :
Adresse :
Ville / Commune : Code postal :
Téléphone : Mail :

Quartier prioritaire :

Oui Nom quartier :
 Non

CAEN : La Guérinière, La Grâce de Dieu, Le Chemin Vert, Pierre Heuzé, Calvaire saint pierre	HEROUVILLE –SAINT-CLAIR : Grand Parc, Val Ouest, Grande delle, Les Belles Portes, La haute Folie
---	--

Situation face à l'emploi avant le démarrage de l'action :

- Si demandeur d'emploi, nombre de mois ancienneté chômage :mois
- Si CDD : - 6 mois + 6 mois
- Si CDI : Temps plein Temps partiel

Motif de la prescription (ex : pas de bus, horaires décalés, panne véhicule...) :

Objet de la demande (ex : CDD, CDDI, Intérim, Stage...) :

Statut (plusieurs réponses possibles) :

- Demandeur d'emploi Individu de -26 ans Travailleur handicapé
- Formation professionnelle Individu + 50 ans Salarié temps partiel
- Salarié temps plein Autre, précisez :

Ressource avant démarrage de l'action (plusieurs réponses possibles) :

- RSA socle ARE ASS Aucune ressource
- RSA Activité AAH Salaire Salaire formation
- CEJ Autre, précisez :

Justificatifs : contrats de travail, attestation de formation, convention de stage...

Le :/...../.....
Signature du prescripteur et du bénéficiaire :