

FICHE DE PRESCRIPTION

Prescripteur

Organisme :

Nom du référent :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Date de la demande :

Bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Homme : ☐

Femme : ☐

Date de naissance :

Nationalité : Française : ☐

UE : ☐

Hors UE : ☐

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Niveau d'études :

Diplôme :

Situation :

☐ Salarié(e)

☐ Temps plein

☐ Temps partiel

☐

Autres (à préciser)

Inscrit France Travail (N° identifiant) :

Oui : ☐

Non : ☐

Bénéficiaire du RSA :

Oui : ☐

Non : ☐

Reconnaissance Travailleur handicapé :

Oui : ☐

Non : ☐

Suivi Mission Locale :

Oui : ☐

Non : ☐

APEFEC – 23 avenue Gambetta 37500 CHINON - SIRET : 325.751.303.000.34

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 24370542837 auprès du préfet de région de CENTRE-VAL-DE-LOIRE- Agrément I 25 037 0001 0

APEFEC Mission Locale : 02 47 93 30 40 – contact@mlchinonais.fr

APEFEC La Batoude : 06 48 79 00 11 / 02 47 93 52 78 – batoudeautocole@gmail.com

Quelle formation le bénéficiaire souhaite suivre :

Code : ☐ Conduite : ☐ Permis AM : ☐
Boite automatique : ☐ Boite manuelle : ☐

Projet professionnel :

Contraintes : Horaires : Jours :
Moyen de transport : Autres :

Financement :

1. Quel montant le stagiaire peut-il s'engager à payer mensuellement ?
2. Aides mobilisables pour le financement recherchées par vos soins :

Vos commentaires :

Problématique(s) mobilité :

Signatures et cachet :

Pour l'organisme prescripteur
Son représentant

Le demandeur