



Tél : 06,28,91,27,17

plateformemob19@gmail.com

Fiche à renseigner le plus complet possible par le prescripteur référent du parcours de la personne

## Fiche de prescription

Fiche à transmettre par mail : plateformemob19@gmail.com

### le prescripteur

<b>Nom et prénom du prescripteur :</b>		Mail :
Mission Locale de :		Téléphone:
Pôle Emploi de :		Téléphone:
M.S.D. de		Téléphone:
S.I.A.E. :		Téléphone:
Autre :		

**N° identifiant POLE EMPLOI :**

**Etes vous le "conseiller référent " du parcours Mobilité**      oui          non   

### le bénéficiaire

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>		<b>Téléphone :</b>	
<b>Date de naissance :</b>		<b>Mail :</b>	

### la situation du bénéficiaire

niveau de formation			
De 6eme à 4eme	<input type="checkbox"/>	Fin de 3eme	<input type="checkbox"/>
CAP/BEP	<input type="checkbox"/>	BAC	<input type="checkbox"/>
BAC+2	<input type="checkbox"/>	Supérieur à BAC+2	<input type="checkbox"/>

Statut		emploi	
<b>Demandeur d'emploi</b>	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>demandeur d'emploi (moins d'un an):</b>	<input type="checkbox"/>
	Salarié I.A.E. oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>demandeur d'emploi (plus d'un an):</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Jeune accompagné par une mission locale</b>	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Autre (précisez)</b>	
<b>RSA socle</b>	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Contrat de ville :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Prime d'activité</b>	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>C.D.D.I</b>	<input type="checkbox"/>
<b>RQTH</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Date de fin CDDI :</b>	
		<b>en contrat aidé</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>en CDD</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>en CDI</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>en formation</b>	<input type="checkbox"/>

### En quoi le manque de mobilité est un frein à l'accès à l'emploi/ à l'insertion? (à compléter obligatoirement)

### Quels sont les freins apparents (plusieurs réponses possibles)?

Situation personnelle (autonomie, santé, langue)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez
Situation financière	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Environnement (géographique, familial, ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autres facteurs (précisez)			

### Besoin d'un diagnostic mobilité?

OUI

NON

### Autres besoins

Location de scooter	<input type="checkbox"/>	Evaluation code/conduite	<input type="checkbox"/>	Formation conduite	<input type="checkbox"/>
Location de voiture	<input type="checkbox"/>	Formation code	<input type="checkbox"/>	Formation vélo-école	<input type="checkbox"/>
Location de V.A.E	<input type="checkbox"/>	Permis AM Scooters	<input type="checkbox"/>	Voiturettes	<input type="checkbox"/>
Conduite régulière	<input type="checkbox"/>	Conduite occasionnelle	<input type="checkbox"/>	N'a pas conduit depuis :	<input type="checkbox"/>

Date de la prescription :		<b>Signature du prescripteur :</b>	
		<b>cachet Obligatoire</b>	

### Partie renseignée par la centrale départementale d'appel

Date de traitement de la prescription		Transmise à	
---------------------------------------	--	-------------	--

"En application du règlement (UE) 2016/79, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données me concernant, que je peux exercer en m'adressant à: Jacques PEYRUSSE, Président ADER Mobilité, 2 B, Avenue de la Riante Borie 19360 MALEMORT. J'ai également le droit d'introduire une réclamation auprès de la commission de l'informatique et des libertés, 3 Place de Fontenoy, 75007 PARIS"



PRÉFET DE LA CORRÈZE

