**FICHE DE PRESCRIPTION** - **Plateforme d'accès aux savoirs de base**

1. **STRUCTURE PRESCRIPTRICE**

Organisme (intitulé exact) :

Référent : Mr  Mme  Nom : Prénom :

Ville  :

Téléphone : Mail :

1. **IDENTITE DU PARTICIPANT ET DOMICILIATION (Justificatif de domicile ou de domiciliation, Pièce d'identité à joindre impérativement)**

Mr  Mme  NOM : PRENOM :

Adresse complète :

Merci de préciser s’il s’agit de :  un hébergement par un tiers/structure  une domiciliation

Adresse électronique :

Téléphone :

Date de naissance  / / Numéro de sécurité sociale :

Identifiant Pôle emploi : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ lettre : \_

Date de la dernière inscription :

Bénéficiaire du ASS  ARE  si oui date de fin d’indemnisation :

1. **SITUATION DU PARTICIPANT (Joindre le justificatif en lien avec la situation du bénéficiaire)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Justificatif joint*** |
| Allocataire du RSA | Oui  Non |
| Personne en situation de handicap  RQTH  AAH | Oui  Non  Oui  Non |
| Bénéficiaire de l’Allocation pour Demandeur d’Asile | Oui  Non |
| Mineur/ jeune majeur de l'ASE (dont MNA)  Jeune majeur sorti de l'ASE | Oui  Non  Oui  Non |

1. **LA DEMANDE**

* Bilan linguistique  Mathématiques avec orientation sur une formation
* Bilan linguistique  Mathématiques sans orientation (positionnement)

1. **Commentaires supplémentaires sur l’orientation vers la Plateforme d'accès aux savoirs de base (objectifs attendus, besoins de la personne, parcours antérieur…)**

Date : Signature et cachet :

J’autorise la communication d’éléments personnels à un tiers partenaire. *Les données personnelles listées ci-dessus font l’objet d’un traitement de données à caractère personnel. Elles sont conservées pendant la durée nécessaire à l’exécution du projet.*

Oui  Non

**DATE DE PRESCRIPTION : / /**

**DATE DE RENDEZ-VOUS : / /**

**Toute fiche de prescription adressée sans prise de rendez-vous au préalable ne pourra être traitée.**

Fiche de prescription + justificatifs à transmettre à : dplai@clap-so.org