

Intitulé de l'action de formation :

Organisme prescripteur

Nom de l'organisme :

Nom prescriptrice /prescripteur :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Email :

Personne orientée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Email :

Statut administratif :

Français Ressortissant de l'UE Ressortissant hors UE Primo-arrivant hors U Bénéficiaire
de la Protection internationale Demandeur d'asile Sans papiers

Situation sociale (case(s) à cocher, plusieurs possibles) :

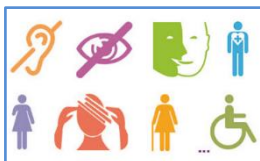
Aucun revenu Bénéficiaires de minimas sociaux autres que le RSA Bénéficiaire RSA
Demandeur d'emploi (plus d'un an) Inscrit à France Travail

En emploi Nature du contrat : CDI CDD Contrat d'insertion Autre :

Reconnaissance RQTH ou difficulté de santé décelée¹. Préciser :

Date : / / 202

Document à retourner à l'adresse : competences@emmaus.asso.fr



^{*1} " Pour toute question relative au handicap, veuillez nous contacter à l'adresse ci-dessus ou au 01 40 09 20 21."