



Fiche de prescription *Pass' jeune emploi*

Date de la prescription : ____/____/____

Identité et coordonnées du prescripteur			
<input type="checkbox"/> Cap Emploi <input type="checkbox"/> Pôle Emploi <input type="checkbox"/> Missions locale <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : <input type="checkbox"/> Etablissements scolaires spécialisés (préciser) : Code Postal : Ville : Nom Prénom du correspondant : Tél : _____ Email : _____			
Identité et coordonnées de la structure sollicitée (à cocher)			
<input type="checkbox"/>	ARERAM Relais formation	153 av. Jean Lolive 93500 PANTIN	Anne-Sophie FRANVILLE as.franville@areramformation.fr 01.49.91.90.76
<input type="checkbox"/>	VIVRE Emergence	37 rue Louis Weiss 75013 PARIS	Olivier MARTIN o.martin.vivre@gmail.com 01.45.70.70.10
			
			
Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire			
Nom Prénom : Date de naissance :/...../..... Adresse : Code Postal : Ville : Tél : Email :			
Caractéristiques de la personne bénéficiaire			
Titre de bénéficiaire : <input type="checkbox"/> Demande RQTH en cours <input type="checkbox"/> RQTH/CDA marché du travail <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/> Rente d'accident de travail ou maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Autres BOETH (préciser).....			
Niveau de formation : <input type="checkbox"/> Niveau VI <input type="checkbox"/> Niveau V bis <input type="checkbox"/> Niveau V <input type="checkbox"/> Niveau IV <input type="checkbox"/> Niveau III -II - I		Durée inactivité professionnelle <input type="checkbox"/> n'a jamais travaillé <input type="checkbox"/> moins de 6 mois <input type="checkbox"/> entre 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> entre 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> plus de 24 mois	
Inscrit à Pôle Emploi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Bénéficiaire des ARE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Projet professionnel envisagé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui , lequel (lesquels) : _____ _____			

Exposé de la situation au moment de la prescription

- **Joindre obligatoirement un CV et les documents MDPH (ex : RQTH)**

- Eléments clés sur le parcours de la personne:

.....

.....

.....

.....

.....

Besoin(s) identifié(s) par le prescripteur pour

- Evaluation des savoirs de base et acquis scolaire (maths et en français).
 - Evaluation des capacités liées à l'autonomie sociale au quotidien.
 - Evaluation du réalisme du projet professionnel éventuel et de la connaissance du milieu ordinaire.
 - Evaluation des dispositions personnelles du jeune à intégrer un emploi,
 - Evaluation des aptitudes à la communication interpersonnelle.
 - Evaluation psychotechnique
 - Autres (préciser) :
- La prestation « SAS de positionnement » ne peut être mobilisée pour déterminer l'orientation en milieu ordinaire ou en milieu protégé du bénéficiaire**

Nature de la demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires

.....

.....

.....

Date : ____/____/____

Signature du bénéficiaire: