

**Actions d'Insertion cofinancée FSE+**  
**FICHE DE PRESCRIPTION**

**1/ Information concernant le prescripteur de l'action:**

Organisme référent:

Nom du référent:

Téléphone:

Courriel:

**2/ Action sollicitée:**

Nom de l'organisme:

Intitulé de l'action sollicitée:.....

**3/ Information concernant la personne bénéficiaire:**

O Mme/ O M. Nom:

Nom de jeune fille:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Quartier politique de la ville:

Téléphone/mobile:

N°CAF/MSA:

N° Pôle Emploi:

Date d'inscription:

N° NIR:

Nom/Prénom du bénéficiaire:

Statut:

Allocataire du RSA

**Contrat d'engagement réciproques (contrat insertion) valide du ...../...../..... au ...../...../.....**

**Attention, un participant doit avoir un contrat d'engagement réciproque (contrat d'insertion) valide durant toute la durée de l'action. Le contrat d'engagement réciproque devra donc être renouvelé autant de fois que nécessaire au regard de la durée de l'accompagnement.**

Bénéficiaire de l'ARE

Bénéficiaire de l'ASS

Bénéficiaire d'un minima social:.....

Demandeur d'emploi de longue durée

Travailleur indépendant souhaitant retrouver un emploi salarié

Demandeur placé sous-main de justice

Adulte éloigné de l'emploi en situation ou menacé de pauvreté, sans statut particulier

Jeune de moins de 26 ans

Habitant vivant dans des zones urbaines ou rurales prioritaires

Ressortissant de pays tiers

Demandeur handicapé ou souffrant d'une affection de longue durée

Personne en "activité réduite subie"

Situation:

Ressources:     RSA

ASS

AAH

Sans

Nombre d'enfants:

Mode de garde:     oui

Non

Moyen de transport:     Oui

Non

Si oui, lequel?:.....

**Nom/Prénom du bénéficiaire:**

**A compléter par le prescripteur:**

Situation du bénéficiaire (problématique, freins, dynamiques.....):

Objectifs principal de l'action sollicitée:

Date de la prescription:

*Dans le cadre de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européens sur la protection des données 2016/679 (RGPD) j'autorise le prescripteur à fournir tout document permettant de justifier mon éligibilité aux opérations cofinancées par le FSE+ afin de me permettre de participer à celle-ci.*

**Signature du bénéficiaire**

**Signature/tampon du prescripteur**



**Nom/Prénom du bénéficiaire:**

**A compléter par l'opérateur (retour de la prescription) :**

Bilan de l'action en fin de parcours:

Résultats obtenus:

Objectifs de la poursuite du parcours d'insertion:

Date de la transmission du bilan de l'action:

**Signature du bénéficiaire**

**Signature/tampon du prescripteur**