

|                           |  |        |
|---------------------------|--|--------|
| <b>PRESCRIPTEUR :</b>     |  |        |
| Structure :               |  |        |
| Téléphone :               |  | Mail : |
| Date de la prescription : |  |        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|
| <b>BÉNÉFICIAIRE :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nom | Prénom         |
| Mme <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                |
| M. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                |
| Date de naissance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | Pays d'origine |
| Date d'entrée en France                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | Nationalité    |
| Adresse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |
| Téléphone :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | Mail :         |
| <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                |
| Possède un ordinateur : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/><br>Connexion Internet : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :<br>Un smartphone avec connexion internet : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/><br>Une tablette : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Maîtrise de la visioconférence : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |     |                |

- ✓ Les présences sont contrôlées, le stagiaire émarge à chaque séance.
- ✓ L'association devra être informée 48 h à l'avance de toute absence à une séance, sinon elle sera considérée comme due.

Notre organisme est en mesure d'accompagner les personnes en situation de handicap.  
 Cette personne est-elle dans ce cas ? NON ☐ OUI ☐  
 Si oui, elle sera reçue en entretien par le Référent Handicap de BLÉ.