

## FICHE DE PRESCRIPTION ATELIER INFORMATIQUE

Module 1  Module 2

<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		
Quartier :	QPV <input type="checkbox"/> Les Hauts de Chambéry <input type="checkbox"/> Le Biollay <input type="checkbox"/> Bellevue QVA <input type="checkbox"/> Lequel ?	
Téléphone :		Mail :

Possède un ordinateur :  NON  OUI

Connexion Internet :  NON  OUI

Situation par rapport à l'emploi	Niveau d'études	Situation familiale
<input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi  Minimas sociaux : <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> AAH	<input type="checkbox"/> Non scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Études supérieures <input type="checkbox"/> Dans son pays <input type="checkbox"/> En langue française <input type="checkbox"/> En France	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) Nombre d'enfants : Âges : Scolarité : <input type="checkbox"/> Maternelle / Primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Études supérieures

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.