

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

<b>BÉNÉFICIAIRE :</b> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Nom	Prénom
	Date de naissance	Pays d'origine
Date d'entrée en France	Nationalité	
Adresse		
Téléphone :	Mail :	

Salarié(e)                       Demandeur d'emploi                       Sans emploi

Formations déjà effectuées :

**Critères d'éligibilité à la formation :**

- remplir l'une des 2 conditions de statut ci-dessous
- s'engager à venir sur tous les créneaux et sur toute la durée de la formation

**Public :**

Toute personne ayant un projet d'emploi ou de formation professionnelle habitant un QPV ou un QVA :

- 1  Non ou peu scolarisée dans son pays d'origine (public « alpha » ou « post-alpha »)
- 2  Scolarisée mais toujours en très grande difficulté avec l'écrit (public « illettrisme »).

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.