

PRESCRIPTEUR :		
Structure :		
Téléphone :		Mail :
Date de la prescription :		

BÉNÉFICIAIRE :	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(e)	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Sans emploi
Formations déjà effectuées :		

Prérequis pour la formation :
- Des bases en français (écrit et oral)
- Des bases en informatique

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.