

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 :

Salarié(e) Demandeur d'emploi Sans emploi

Formations déjà effectuées :

Critères d'éligibilité à la formation FLI :

- remplir l'une des 4 conditions de statut ci-dessous
- s'engager à venir sur tous les créneaux et sur toute la durée de la formation

STATUT : joindre obligatoirement un justificatif

1 Primo-arrivant (moins de 5 ans en France), hors UE, signataire du C.I.R / C.A.I.

2 Réfugié(e).

3 Bénéficiaire de la Protection subsidiaire (ou temporaire).

4 Immigré(e) de plus de 60 ans (en situation régulière, non signataire du C.I.R / C.A.I.)

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.