

PRESCRIPTION
Préparation au DELF A2

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

<u>BÉNÉFICIAIRE :</u>	Nom :	Prénom :
Mme ☐ M. ☐		
Date de Naissance :		Pays d'origine :
Date d'entrée en France :		Nationalité :
Adresse :		
Téléphone :		Mail :

☐ Salarié(e)	☐ Demandeur d'emploi	☐ Sans emploi
-------------------------------------	---	--------------------------------------

<u>Critère d'éligibilité à la formation :</u> ☐ Étranger primo-arrivant, hors UE, titulaire d'un premier titre de séjour depuis moins de 5 ans et souhaitant s'installer durablement en France.
--

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.