

<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		
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 :

- 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.

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.