



FICHE DE PRESCRIPTION

START'R 2024

STRATEGIE D'APPROPRIATION, DE REMOBILISATION

ET DE TRANSFERT DE SES RESSOURCES

LE PRESCRIPTEUR :

Nom de la structure :

Nom et prénom du conseiller référent :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse Mail :

Date de la prescription :

LE BENEFICIAIRE :

Nom et prénom :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse mail :

Inscrit à Pôle Emploi : oui non

Dernière situation avant entrée sur l'action prescrite :

Durée inactivité professionnelle :

Reconnaissance Travailleur Handicapé : oui non

ELEMENTS CLES SUR LE PARCOURS DE LA PERSONNE :

MOTIF(S) DE LA PRESCRIPTION ET RESULTATS ATTENDUS (argumenter) :

Accord du bénéficiaire pour transmission à l'organisme

Fiche de liaison à transmettre par mail ou fax au site référent :

☞ **ADAPEI Formation CHOLET**
48 rue des Bons Enfants – 49300 CHOLET - Tél. 02.41.75.94.86
courriel : formationcholet@adapei49.asso.fr

RETOUR SUR LA PRESCRIPTION (cadre réservé à l'organisme de formation pour assurer un retour au prescripteur sur l'entrée en formation du bénéficiaire, à retourner au prescripteur)

Date du RDV de présentation :

Présentation au RDV :

s'est présenté ne s'est pas présenté excusé non excusé

Si non, motif(s) :

Synthèse de l'entretien (argumenter) :

Entrée validée par le centre de formation : oui non

Fait à Cholet, le

Nom et signature du formateur référent de l'action