

[FICHE DE LIAISON MOBILITE]

À REMPLIR ET À RETOURNER PAR MAIL PAR LE REFERENT PRESCRIPTEUR A : bordeaux@wimoov.org

Date de la prescription :

[BENEFICIAIRE]

IDENTITE

Nom : Prénom : Date de naissance :
Tél. : Adresse :
Commune : Quartier prioritaire : oui non

STATUT SOCIAL ET PROFESSIONNEL

Bénéficiaire du RSA :
Précisez : Socle Majoré Activité
N° RSA :
Autre minima social : ASS AAH ATA
Chargé(e) de famille monoparentale :
Niveau de qualification :
VI V IV III II/I
Reconnaissance travailleur handicapé :
Difficultés sociales particulières :
Précisez : Logement
Santé
Isolement
Garde d'enfants
Autre :
En recherche d'emploi (sans aucune activité) :
Si oui, précisez : DE DELD DE très longue durée
En emploi :
Si oui, précisez : Temps complet Temps partiel
CDI CDD SIAE Contrat aidé
Statut auto-entrepreneur
En formation :
Autre :
N° identifiant Pôle Emploi (si inscrit) :

Projet professionnel :
 Projet Professionnel validé
Précisez le projet :

[PRESCRIPTEUR]

Structure prescriptrice : Nom du référent :
Tél. : Mail :

[MOBILITE ET PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES]

Détenteur du code : oui non Si oui, date obtention : Détenteur du permis de conduire : oui non
Description de la problématique:
 Caractère d'urgence (en emploi ou entrée en emploi) Date de début de contrat :