

# FICHE DE PRESCRIPTION



A envoyer par mail : [elodie.thomas@agglodieppe-maritime.com](mailto:elodie.thomas@agglodieppe-maritime.com)  
ou [sophie.lhopital@agglodieppe-maritime.com](mailto:sophie.lhopital@agglodieppe-maritime.com)

Informations : [02 32 90 20 50](tel:0232902050)

## LE PRESCRIPTEUR

*A remplir par le prescripteur*

Date de la prescription :

Nom et Prénom :

Tél : E-mail :

Structure : Département France Travail CCAS ML SPIP

Autres :

Agence/antenne/ville :

## LA PERSONNE ORIENTEE

*A remplir par le prescripteur*

**Nom :** **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Tél mobile :

Email :

Inscrite à France Travail : Oui Non Depuis le :

Identifiant France Travail :

Nom du conseiller :

## ELIGIBILITE

*A remplir par le prescripteur*

### 1. Territoire de résidence de la personne orientée :

Dieppe-Maritime Falaises du Talou Villes Sœurs

### 2. Situation de la personne orientée (au moins un critère pour éventuelle intégration PLIE – plusieurs choix possibles selon la situation) :

Demandeur d'emploi de longue durée DELD (> 12 mois)

Reconnue qualité travailleur handicapé RQTH

Bénéficiaire minimas sociaux :

Si autres minimas, précisez :

Agée de + de 50 ans

Agée de - de 26 ans

## COMMENTAIRES SUR L'ORIENTATION VERS LE PLIE

*A remplir par le prescripteur*

Objectifs attendus, besoins de la personne, parcours antérieurs, ... : *(pas d'informations personnelles)*

## AVIS FRANCE TRAVAIL

Partie réservée à France Travail

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à France Travail et son partenaire. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'une limitation du traitement à tout moment en vous adressant au délégué à la protection des données de France Travail depuis un formulaire de contact sur le site [francetravail.fr](http://francetravail.fr) (page "politique de confidentialité - protection des données personnelles") ou par courrier à l'adresse suivante : France Travail, délégué à la protection des données, 1 - 5 avenue du docteur Gley, 75987 Paris Cedex 20

Inscrite à France Travail : Oui Non

Si oui, nombre de mois d'inscription dans les 36 derniers mois à compter de la date de prescription :

Prestation d'accompagnement en cours : Oui Non

Si oui, précisez : Fin prévue :

**Avis pour orientation PLIE : Oui Non**

Si non, motif :

Si oui, Formation initiale :

Métier d'inscription : Type allocation :

## AVIS UTAS

Partie réservée à l'UTAS

Bénéficiaire RSA : Oui Non Si oui : socle activité

Accompagnement par un référent RSA : Oui Non

Si oui, Nom Prénom :

**Avis pour orientation PLIE : Oui Non**

Si non, motif :

## AVIS MISSION LOCALE

Partie réservée à la Mission locale

Inscrite à la Mission locale : Oui Non

Si oui, Nom Prénom du conseiller :

**Avis pour orientation PLIE : Oui Non**

Si non, motif :

## SUIVI PLIE

Partie réservée au PLIE

Accompagnatrice en charge du suivi :

1<sup>er</sup> RDV proposé le : RDV effectué le :

2<sup>ème</sup> RDV proposé le : RDV effectué le :

Types de difficultés rencontrées par le(la) candidat(e) :

Mobilité	Financières	Santé
Familiales	Judiciaires	Hébergement

**Passage en commission de gestion des parcours le :**

**Intégration PLIE :** Oui Non

Si non, motif :

Commentaires (bilan du diagnostic, parcours envisagé, ...) :