

Fiche à renseigner par le la prescripteur.trice de la personne

Pour l'enregistrement de votre demande, TOUS LES CHAMPS doivent être renseignés

Fiche à transmettre, au format PDF, par mail à : contact@timouv.bzh

Partie réservée à Ti Mouv'	Fiche de prescription N° :	Reçue le :
----------------------------	----------------------------	------------

LE.LA PRESCRIPTEUR.TRICE

NOM et Prénom :		Mail :
Type de structure :	Adresse :	
Nom structure :	Code postal :	Ville :
Téléphone 1 :	Téléphone 2 :	
Êtes-vous le.la « prescripteur.ice référent.e » du.de la bénéficiaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➔ Si non, complétez ci-dessous ➔		
NOM Prénom et structure référent.e :		N° tel :
Accord du.de la référent.e : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mail du.de la référent.e :	

LE.LA BÉNÉFICIAIRE

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	NOM :	Prénom :
Adresse du lieu de vie :		Code postal : Ville :
Si différente, domiciliation :		Code postal : Ville :
Tél. :		Mail :
Habitant QPV ou FRR? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom quartier ou ville :	
Date et lieu de naissance	Le :	à : Pays :

Niveau de formation

Sans diplôme ; Avant la 6ème ; 6ème à 3ème ; Fin de 3ème ; CAP/BEP ; Bac ; Bac+2 ; Bac+3 ; > Bac+3 ; Domaine (précisez) : Autre précisez :

Situation familiale (avec ou sans enfant "à charge")

Célibataire sans enfant ; Célibataire avec enfant ; Couple sans enfant ; Couple avec enfant

Situation au moment de l'orientation

<input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Prime d'activité	<input type="checkbox"/> En emploi SIAE depuis	<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois et +	
<input type="checkbox"/> ASI <input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> ATA <input type="checkbox"/> AV (veuvage)	<input type="checkbox"/> En mission intérim depuis	<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois et +	
<input type="checkbox"/> CEJ <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ASS	<input type="checkbox"/> En contrat aidé depuis	<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois et +	
<i>Autre allocation (précisez)</i>		<input type="checkbox"/> En CDI <input type="checkbox"/> CDD depuis	<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> 6 mois et +
		<i>Cet emploi est-il à temps</i>	<input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> plein
		<input type="checkbox"/> En formation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> En recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<i>Inscrit.e à France Travail</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date d'inscription (obligatoire)			

Objet de la demande (obligatoire) **Ne cocher qu'une seule case !**

- Pallier un risque de perte d'emploi, d'arrêt de formation
- Permettre l'accès à un emploi ou à une formation (le projet est concret et une date de démarrage est prévue)
- Élargir le périmètre de recherche d'emploi/formation (le projet est validé mais la recherche est freinée par la mobilité)
- Permettre l'accès à une démarche préalable, indispensable au démarrage d'un projet d'insertion professionnelle

Quelle est la problématique de mobilité du. de la bénéficiaire ? (freins personnels)

Exemples : absence de permis de conduire, méconnaissance du territoire, difficultés financières pour payer les réparations du véhicule...

En quoi cette problématique de mobilité impacte son accès à l'emploi ou à la formation ? (freins liés au contexte)

Exemple : la personne ne peut se rendre sur son lieu de travail en bus ou covoiturage car les horaires sont décalés et variables, la distance est trop grande pour y aller à pied ou à vélo

Si un poste ou une formation sont prévus prochainement, merci de compléter les informations suivantes :

Dates de démarrage (et de fin si connue) :

Adresse précise de destination :

Horaires de travail :

Protection des données

Le,la prescripteur,ice s'engage à avoir communiqué à la personne la mention d'information ci-dessous :

La mise en œuvre de ce service d'accompagnement nécessite le traitement de données à caractère personnel vous concernant dans le strict respect du principe de confidentialité. Le traitement vise à permettre l'accompagnement et le suivi de votre dossier pour votre accès à la mobilité. Afin d'élargir les pistes de solutions, Ti Mouv' peut être amenée transmettre à ses partenaires mobilité une partie des données contenues dans cette fiche (Genre, NOM, Prénom, téléphone, adresse, type de contrat, date de démarrage, destination, horaires de travail ou de formation). Vos données seront conservées conformément aux obligations de contrôle et de conservation des données imposées par les règlements de nos différents financeurs. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à l'effacement en adressant une demande écrite à Ti Mouv' – 65 rue Édouard Beauvais – 56100 LORIENT.

Date de la prescription :

Signature manuscrite du prescripteur obligatoire :



Pour contacter l'équipe Ti Mouv'

Accueil : 02 30 17 05 88

Mail : contact@timouv.bzh

Ti Mouv'

65 rue Édouard Beauvais

56100 LORIENT ➔ Lignes de bus :