



Cofinancé par
l'Union européenne

Fiche de prescription sur une action expérimentale PLIE
à adresser impérativement à la structure concernée et à
developpement.local@grandchambery.fr

Nom/Prénom et structure du prescripteur*	
Numéro de téléphone	
Courriel *	
Date de prescription (J/M/A) *	
PRESCRIPTION DEMANDEE*	
<input type="checkbox"/> Améliorer le soutien des participants – VERNEIL FORMATION : Allison Macquet Contact : allison.macquet@verneil-formation.com – 07 87 76 24 04	
<input type="checkbox"/> Cycles thématiques Femmes du Grand Chambéry – CIDFF : Laure Varillon Contact : l.varillon@cidff-id.fr – 07 67 26 68 39	
LE PARTICIPANT	
Civilité / Nom / Prénom *	
Date entrée dans le PLIE (si concerné)	
Adresse*	
Téléphone * (vérifier que la personne est bien joignable à ce numéro)	
Courriel	
Date de naissance*	
Niveau de qualification *	
N° identifiant France Travail	
Au moment de la prescription, le participant est-il : *	toujours inscrit à FT : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non bénéficiaire du RSA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non bénéficiaire d'une RQTH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Argumentaire : Précisez en quelques lignes les motifs de la prescription et si le participant est déjà orienté sur d'autres actions du PLIE*	
SIGNATURE PARTICIPANT*	SIGNATURE REFERENT DE PARCOURS*

*Données obligatoires