





BENEFICIAIRE

 <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	NOM: _____ NOM DE NAISSANCE : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____ Lieu de Naissance : _____	Numéro de téléphone :  _____  _____  _____ @ _____
	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire	
Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____		
N° CAF ou MSA : _____		N° IDE Pôle emploi : _____

QUELLE EST VOTRE SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT ?

Logement autonome : habitat individuel	<input type="checkbox"/>	Logement temporaire : appartement relais	<input type="checkbox"/>
Logement autonome : habitat collectif	<input type="checkbox"/>	Logement temporaire : bail glissant	<input type="checkbox"/>
Logement d'urgence : foyer d'urgence	<input type="checkbox"/>	Logement temporaire : chez parent ou tiers	<input type="checkbox"/>
Logement d'urgence : CHRS (centre d'hébergement réinsertion social)	<input type="checkbox"/>	Logement précaire : caravane, bateau,...	<input type="checkbox"/>
Logement d'urgence : hôtel social	<input type="checkbox"/>	Logement précaire : résidence sociale	<input type="checkbox"/>
Autre logement d'urgence	<input type="checkbox"/>	Logement précaire : sans hébergement	<input type="checkbox"/>
		Logement précaire : autre situation	<input type="checkbox"/>
Précisez en quelques lignes les conditions de logement - Partie réservée à l'organisme évaluateur : 			

SANTE

Contre-indication formelle à exercer certaines activités : Si oui, lesquelles ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si restriction, quelles activités pouvez-vous exercer ?
--	--	---

Précisez le degré d'autonomie, le statut (AAH, RQTH...) et les démarches en cours - **Partie réservée à l'organisme évaluateur** :

SITUATION SOCIALE

Dans votre vie quotidienne, rencontrez-vous des difficultés liées à :	Gestion budgétaire <input type="checkbox"/> Démarches et formalités administratives <input type="checkbox"/>
Avez-vous des soucis d'ordre juridique ou judiciaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous préciser ?	
Quels éléments sociaux constituent un atout pour la personne (famille, amis, structure...) ? Partie réservée à l'organisme évaluateur :	

EMPLOI

Dossier Pôle emploi

<input type="checkbox"/> Inscrit*	<input type="checkbox"/> Jamais inscrit*	<input type="checkbox"/> En cours *	<input type="checkbox"/> Radié(é) *
<i>*plusieurs choix possibles (ex : radié et en cours ou jamais inscrit et en cours)</i>			
Dernière date d'inscription à Pôle emploi		Date du prochain RDV Pôle emploi (si connu)	
Capacité à trouver une offre de 1 à 4* <i>1 : ne se sent pas du tout autonome 2 : a besoin d'être accompagné notamment pour définir son projet 3 : a besoin d'être accompagné pour rechercher un emploi défini 4 : complètement autonome</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		

Situation professionnelle

Cas particulier des Travailleurs Non Salarié <i>Ne dispense pas de compléter les items marqués d'un astérisque.</i>	Cessation d'activité ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
	Liquidation judiciaire ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
	Statut de la personne :	
	<input type="checkbox"/> Micro entrepreneur / <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle / <input type="checkbox"/> Gérant / <input type="checkbox"/> Président	
	Activité exercée :	
	Raison sociale :	
	Adresse du siège social :	
	Date de création :	
Chiffre d'affaires mensuel :		
*Vous avez déjà exercé une activité professionnelle ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	*Si oui, quelle est l'année de votre dernier emploi ?
*Si oui, quelles étaient vos dernières activités professionnelles ?		
Dans tous les cas, dans quels domaines ou quels métiers vous projetez-vous à l'avenir ?		

Quelle a été la durée de votre activité dominante (exprimée en année) ?	Moins d'un an	<input type="checkbox"/>			De 4 à 6 ans	<input type="checkbox"/>	
	De 1 à 3 ans	<input type="checkbox"/>			Plus de 6 ans	<input type="checkbox"/>	
Précisez vos disponibilités (jours et créneaux horaires)	<input type="checkbox"/> Lun	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Mer	<input type="checkbox"/> Jeu	<input type="checkbox"/> Ven	<input type="checkbox"/> Sam	<input type="checkbox"/> Dim
	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h
	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h	de h à h
Prétentions salariales	€ / bruts mensuels						
Compétences							
Manquez-vous de confiance en vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup						
Qualité de l'expression orale de 1 à 4 *	Indiquez selon-vous, votre niveau d'expression orale :			Partie à compléter par l'organisme évaluateur :			
1 : Ne s'exprime pas du tout en français 2 : S'exprime difficilement 3 : S'exprime plutôt correctement 4 : Aucune difficulté d'expression	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Informations complémentaires :	Activité sportive en club	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, Laquelle ?				
	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, Laquelle ?				
	Autres informations pouvant valoriser le profil ?						
Compétences spécifiques techniques :	<input type="checkbox"/> Calculer/compter (si notion comptable à préciser) <input type="checkbox"/> Bricoler/réparer <input type="checkbox"/> Cuisiner/pâtisser <input type="checkbox"/> Cultiver/jardiner <input type="checkbox"/> Coudre <input type="checkbox"/> Maîtrise de techniques artistiques (peinture, photographie, peinture, dessin, ... à préciser ci-dessous si utile) : <input type="checkbox"/> Pratiquer un sport (préciser la discipline) :			<input type="checkbox"/> Aider les personnes (soigner, accompagner, à préciser ci-dessous si utile) : <input type="checkbox"/> Transporter/livrer/distribuer <input type="checkbox"/> Surveiller/inspecter (préciser si expérience antérieure dans la sécurité par ex) : <input type="checkbox"/> Vendre/commercialiser/promouvoir <input type="checkbox"/> Accueillir/renseigner/conseiller (préciser le domaine) : <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
Compétences transversales et organisationnelles :	<input type="checkbox"/> Respecter des horaires/être ponctuel <input type="checkbox"/> Programmer/planifier <input type="checkbox"/> Prendre des risques <input type="checkbox"/> Innover			<input type="checkbox"/> Analyser/observer/examiner <input type="checkbox"/> Etre force de proposition <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			

Compétences transversales relationnelles et sociales :	<input type="checkbox"/> Communiquer/dialoguer <input type="checkbox"/> Coordonner/superviser /manager <input type="checkbox"/> Animer (préciser le domaine) :	<input type="checkbox"/> Etre pédagogue/transmettre un savoir (préciser si compétence dans l'éducation, l'enseignement...) : <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Compétences transversales d'adaptation :	<input type="checkbox"/> Adaptabilité <input type="checkbox"/> Volontarisme	<input type="checkbox"/> Motivation à accéder à une formation hors domaine initial <input type="checkbox"/> Ouverture d'esprit <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

NIVEAU D'ETUDE ET COMPETENCES

Degré maximal d'étude validé

Niveau I/II : Enseignement supérieur	<input type="checkbox"/>	Niveau Vbis : Fin de scolarité obligatoire	<input type="checkbox"/>
Niveau III : BAC + 2	<input type="checkbox"/>	Niveau VI : Pas de niveau	<input type="checkbox"/>
Niveau IV : BAC ou équivalent	<input type="checkbox"/>	Niveau VII : Jamais scolarisé	<input type="checkbox"/>
Niveau V : CAP/BEP	<input type="checkbox"/>		

Spécialité (s)

Langue(s)

Préciser le niveau de maîtrise du Français de 1 à 4* : <i>1 : faible 2 : moyen 3 : correct 4 : courant</i>	Lecture		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Ecriture		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Oral		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Préciser les autres langues apprises ou connues ainsi que le niveau d'utilisation de 1 à 4* <i>1 : faible 2 : moyen 3 : correct 4 : courant</i>	<input type="checkbox"/>	Anglais	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/>	Allemand	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/>	Espagnol	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/>	Luxembourgeois	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> Autres langues précisez : (indiquez également le niveau d'utilisation)		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Outil informatique

Possédez-vous un ordinateur ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Possédez-vous une imprimante et un scanner ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quel est votre niveau d'utilisation de l'outil informatique ?	Débutant	<input type="checkbox"/>	Expérimenté	<input type="checkbox"/>
	Familier	<input type="checkbox"/>	Professionnel	<input type="checkbox"/>

Moyen de communication

Possédez-vous un smartphone ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'utilisez-vous pour envoyer des mails ou effectuer des démarches ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MOBILITE	
Disposez-vous du permis de conduire cat. B ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Disposez-vous d'un autre moyen de transport personnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :
Disposez-vous d'un permis de conduire d'une autre catégorie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :	
Disposez-vous d'un véhicule personnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez l'état du véhicule : Opérationnel <input type="checkbox"/> A réparer <input type="checkbox"/>	Disposez-vous d'un moyen de transport non-personnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : Train <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Prêt d'un véhicule <input type="checkbox"/> Location solidaire <input type="checkbox"/>

MODE DE GARDE	
Précisez le nombre d'enfants à charge ainsi leurs âges respectifs :	
Mode de garde assuré	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, par qui ?	
OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES	

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant