

<b>PRESCRIPTEUR :</b>			
Structure :			
Téléphone :		Mail :	
Date de la prescription :			

<b>BÉNÉFICIAIRE :</b>	Nom	Prénom
Mme <input type="checkbox"/>		
M. <input type="checkbox"/>		
Date de naissance		Pays d'origine
Date d'entrée en France		Nationalité
Adresse		
Téléphone :		Mail :

Salarié(e)
  Demandeur d'emploi
  Sans emploi

Formations déjà effectuées :

**Critères d'éligibilité à la formation FLI :**

- remplir l'une des 4 conditions de statut ci-dessous
- s'engager à venir sur tous les créneaux et sur toute la durée de la formation

**STATUT :** joindre obligatoirement un justificatif

- Primo-arrivant (moins de 5 ans en France), hors UE, signataire du C.I.R / C.A.I.
- Réfugié(e).
- Bénéficiaire de la Protection subsidiaire (ou temporaire).
- Immigré(e) de plus de 60 ans (en situation régulière, non signataire du C.I.R / C.A.I.).

Notre organisme est en mesure d'accompagner les personnes en situation de handicap.

Cette personne est-elle dans ce cas ? NON  OUI

Si oui, elle sera reçue en entretien par le Référent Handicap de BLÉ.