

## PRESCRIPTION ORDI'PRATIQUE

<b>PRESCRIPTEUR :</b>			
Structure :			
Téléphone :		Mail :	
Date de la prescription :			
<b>BÉNÉFICIAIRE :</b>		Nom	
Mme <input type="checkbox"/>		Prénom	
M. <input type="checkbox"/>			
Date de naissance		Pays d'origine	
Date d'entrée en France		Nationalité	
Adresse			
Quartier :		QPV <input type="checkbox"/> Les Hauts de Chambéry <input type="checkbox"/> Le Biollay <input type="checkbox"/> Bellevue QVA <input type="checkbox"/> Lequel ?	
Téléphone :		Mail :	

Possède un ordinateur : NON  OUI   
 Connexion Internet : NON  OUI  Si oui, laquelle ?

Situation par rapport à l'emploi	Niveau d'études	Situation familiale
<input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi  Minimas sociaux : <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> AAH	<input type="checkbox"/> Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Dans son pays <input type="checkbox"/> En langue française <input type="checkbox"/> En France <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Études supérieures <input type="checkbox"/> Non scolarisé(e)	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Nombre d'enfants : Âges :  Scolarité : <input type="checkbox"/> Maternelle / Primaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Études supérieures

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.