



FICHE D'ORIENTATION (BS) VERS L'ASSOCIATION INTERMEDIAIRE

LE PRESCRIPTEUR/ TAD de Référence

ANNEXE 2

DATE	
SERVICE	
NOM-PRÉNOM	
FONCTION	
TÉL.	
MAIL	

LE BENEFICIAIRE

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	Acco Glo <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> BRSA : OUI <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
ADRESSE	
TEL :	MATRICULE CAF : IDENTIFIANT POLE EMPLOI :
Y-A-T-IL UN PROJET PROFESSIONNEL OU UNE APPÉTENCE POUR UN DOMAINE PARTICULIER ? :	
EXPÉRIENCES (si pas de cv joint): -AUPRÈS D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS : -AUPRÈS D'ENFANTS DE PLUS DE 3 ANS : 	
PERMIS B : OUI <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>	VÉHICULÉ : OUI <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>

Horaires de disponibilités :

- Disponibilités horaires en semaine
- Disponibilités horaires en soirée
- Disponibilités les week-end