



## FICHE DE LIAISON CRSB

### PRESCRIPTEUR

Structure : Référent :  
Téléphone : Mail :  
Date de prescription :

### BENEFICIAIRE

NOM : Prénom :  
Téléphone : Mail :  
Date de naissance : Sexe :  
Nationalité : Date d'arrivée en France :  
Adresse :  
CP Ville :  
Bénéficiaire du RSA :  OUI  NON RQTH :  OUI  NON  
Public inscrit dans un dispositif spécifique ou suivi par un service spécialisé :  
 OUI, lequel :  NON  
Public issu d'un Quartiers Prioritaires « Politique de la Ville » :  OUI  NON

### FORMATION

N'a jamais été scolarisé  
 Scolarisé en pays étranger  Scolarisé en France  
 Ne sait pas  
Formation CIR :  Oui  Non  En cours

Eléments complémentaires :

---

**Projet(s) de la personne et proposition(s) de la structure d'accompagnement**

Fiche à envoyer à [crsb@psa-savoie.com](mailto:crsb@psa-savoie.com) -

Objet : PRESCRIPTION DIAGNOSTIC + Nom du bénéficiaire

**Joindre une copie de la carte nationale d'identité/titre de séjour/récépissé**

**Synthèse de l'entretien et Préconisations CRSB**

*Les informations renseignées sont issues d'une évaluation donnée à l'instant T, hors contexte d'examen. Elles n'ont pas valeur de diplôme ou certification.*