



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 :

Pôle d'évaluation socio-linguistique

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

Cochez les besoins à évaluer

Français écrit : OUI NON Français oral : OUI NON Mathématiques : OUI NON

Fiche à envoyer à 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.