

FICHE D'ORIENTATION CRSB

A envoyer à crsb@psa-savoie.com
Objet : PRESCRIPTION DIAGNOSTIC POLE

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

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
Formation CIR : Oui Non En cours

COMPETENCES A EVALUER : Français oral Français écrit Mathématiques

PROJET(S) DE LA PERSONNE ET PROPOSITION(S) DE LA STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT