**FICHE D’ORIENTATION CRSB**

A envoyer à [crsb@psa-savoie.com](mailto:crsb@psa-savoie.com)  
Objet : PRESCRIPTION DIAGNOSTIC POLE

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

**PRESCRIPTEUR**

SECTEUR :  **AIX-LES-BAINS  ALBERTVILLE  CHAMBERY**

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**

[………..…]