**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**

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**

[………..…]