

FICHE DE PRESCRIPTION



Date de la prescription : Date de réception Solutions Mobilité :

PRESCRIPTEUR-TRICE / REFERENT-E

Structure :

NOM et Prénom du prescripteur-trice :

Coordonnées : Téléphone : Mail :

PARTICIPANT-E

NOM : Prénom : Genre : ☐ M ☐ F ☐ Autre

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Mail :

Numéro CAF : Monoparentalité : ☐ Oui ☐ Non

Situation administrative : CDI, CDD, CDDI, Intérim, emploi aidé, formation, sans emploi

Inscrit-e à France Travail : ☐ Oui ☐ Non **Depuis quand ?** Date

Nature des ressources : Salaire, ARE, RSA, ASS, AAH, pensions, autre

Permis : Permis AM, B ou B78 obtenu ; permis annulé, suspendu...

Moyen de locomotion : Marche, vélo, scooter, voiture sans permis, voiture, transport en commun

Motif(s) de la demande :

- ☐ Information sur l'utilisation des transports en commun
- ☐ Accompagnement mobilités décarbonées
- ☐ Aide au passage du permis (B / B78 / AM)
- ☐ Ateliers code

- ☐ Aide à la réparation de véhicule
- ☐ Conseils et aide à l'achat de véhicule
- ☐ Service de prêt de véhicule (vélo, vélo électrique, voiture sans permis, scooter, voiture)

Evaluation du prescripteur-trice du besoin d'accompagnement en mobilité : Expliquez le contexte de la prescription et les difficultés rencontrées par le-la participant-e

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le participant certifie l'exactitude des renseignements le concernant et autorise la transmission de ces informations au Fond Social Européen.

Signature du-de la- prescripteur-ricer :

Signature du-de la-conseiller-ère mobilité :



Cofinancé par
l'Union européenne