

FICHE DE PRESCRIPTION DISPOSITIF IMPACT 15

BENEFICIAIRE

Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ Nationalité : Française. UE. Hors UE.
 Quartier Politique de la ville
 Téléphone : _____
 Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié(e) Séparé(e) Autre
 Enfant(s) à charge : Oui Non Si oui, combien ? _____
 Mobilité géographique: Oui jusqu'à _____ km Non Quotient familial : _____
 Permis : B C D E En cours Véhicule
 Niveau et/ou diplôme(s) obtenu(s) : _____ Scolarité en France à l'étranger
 Identifiant Pôle-emploi : _____ Date d'inscription : _____ Reconnaissance TH Non En cours
 RSA socle PPA ARE AAH AI ASS PLIE PACEA

PRESCRIPTEUR

Pôle Emploi Cap Emploi CIDFF PAJE PLIE AI ACI Adultes Relais AS Autres
 Nom du conseiller : _____
 Nom de la structure : _____ Tél : _____ Mail : _____

DETAIL DE LA DEMANDE

Nature de la demande : _____
 Disponibilité du bénéficiaire : _____
 Fait à _____, le _____
 Signature du Bénéficiaire _____ Signature et cachet du Prescripteur _____

VALIDATION DE LA DEMANDE

Admis Objectifs finalisés : _____
 Non-admis Motif : _____ Préconisation : _____
 Fait à _____, le _____
 Signature du Bénéficiaire _____ Signature et cachet de l'AFAPCA _____



IMPACT 15



Dates de rendez vous	Lieux de rendez vous	Horaires	Signature(s) bénéficiaire	Signature(s) Professionnel.le

BILAN DE LA PRISE EN CHARGE

Points abordés :

Changements observés :

Préconisations :

- Fin de prise en charge
- Changement de technique d'accompagnement avant la fin des 5 premières séances
- Demande de dérogation pour prolonger l'accompagnement

Nombre de séances suggérées : 1 2 3 4 5

Fait à _____, le _____

Signature du Bénéficiaire

Signature du Professionnel Bénévole

BILAN DU PARCOURS :

Fait à _____, le _____

Signature du Bénéficiaire

Signature et cachet de l'AFAPCA