

FICHE DE PRESCRIPTION DISPOSITIF COUP DE POUCE SANTE
ACCOMPAGNEMENT PAR DES PSYCHOLOGUES ET/OU OSTHEOPATHES

A remplir par le prescripteur et à adresser par mail sur la boîte dasei.sei@cantal.fr et en copie, au chef de projet du territoire :
Aurillac - Mauriac lgranger@cantal.fr, **St Flour** malbeaux@cantal.fr

BENEFICIAIRE

Nom, prénom : _____ Date et Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ Nationalité : Française UE Hors UE

Téléphone : _____ Quartier Politique de la ville
Mail : _____

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
Permis : B En cours Véhicule

Identifiant Pôle-emploi : _____ Date d'inscription : _____ Reconnaissance TH Non En cours

RSA socle PPA ARE AAH ASS PLIE Jeunes de 16 à 25 ans

PRESCRIPTEUR

Pôle Emploi Cap Emploi CIDFF Mission Locale PLIE AI ACI Adultes Relais AS Autres

Nom du conseiller : _____

Nom de la structure : _____ Tél : _____ Mail : _____

OBJECTIFS RECHERCHES

Nature de la demande :

Disponibilité du bénéficiaire :

Consultation Ostéopathe: Dans la limite de 2 séances Consultation psychologue : Dans la limite de 5 séances

Signature et cachet du Prescripteur

Je soussigné,..... certifie vouloir m'engager dans une démarche de travail personnel au sein du dispositif et atteste être informé(e) que les informations recueillies dans ce formulaire sont collectées par les prescripteurs référencés et traitées par le Conseil Départemental du Cantal dans le cadre du parcours Coup de Pouce Santé. Elles sont conservées pendant une durée de 10 ans et sont destinées au service Emploi Insertion du Département, au prestataire ainsi qu'au service gestionnaire FSE.

Conformément à la loi « Informatique et Liberté », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@cantal.fr

J'atteste avoir été informé que l'opération à laquelle je participe bénéficie d'un soutien de l'Union Européenne au titre du Fonds Social Européen

Fait à _____, le _____

Signature du Bénéficiaire

PJ à fournir : Questionnaire FSE entrée, Justificatif d'éloignement de l'emploi, Copie d'une pièce d'identité

DECISION DU SERVICE EMPLOI INSERTION DU DEPARTEMENT DU CANTAL

Date de réception de la fiche : __ / __ / ____

Accord : Accompagnement par des Psychologues
 Rejet - Motif : Accompagnement par des ostéopathes
 Admission différés : _____

Lieu des consultations :

Fait à _____, le _____

Signature du chef de projet insertion,

FICHE DE SUIVI

Date d'entrée dans le dispositif Coup de pouce Santé : Renouvellement

BENEFICIAIRE

Nom, prénom : Date et Lieu de naissance :
Adresse :
Orienté par : Structure :

Consultation Ostéopathe: Dans la limite de 2 séances Consultation psychologue : Dans la limite de 5 séances

ACCOMPAGNEMENT REALISE

Date des séances	Horaires		Signature(s) bénéficiaire	Signature(s) Professionnel.le
	Heure de début	Heure de fin		

BILAN DE LA PRISE EN CHARGE EU EGARD A LA CONFIDENTIALITE

ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS (sauf si demande de renouvellement) :
.....
.....
.....
.....

Non poursuite des consultations, motifs :
.....
.....

PRECONISATIONS DANS LE CADRE DU PARCOURS D'INSERTION:
.....
.....

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT :
Nombre de séances suggérées : 1 2 3 4 5
.....
.....

Fait à , le
Signature du Professionnel intervenant : Signature et cachet de l'AFAPCA :

AVIS DEMANDE DE RENOUVELLEMENT

Accord :
 Rejet :

Fait à , le
Signature du chef de projet insertion,