Date :

**FICHE DE PRESCRIPTION – IMMERSION PAOFIP 38**

**Accord du bénéficiaire pour la prescription** :   OUI      NON

**LE BÉNÉFICIAIRE**

RQTH ❑

M. ❑ Mme ❑ Nom de naissance : ……………………………………………………………………………..

Nom marital : ……………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………….

Né(e) le : …………/…………/………… à (commune) : ………………………………………………………….

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………………..

Courriel : ………………………………………………………………………………………………………..………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………..

Personne à prévenir en cas d’urgence (nom + téléphone) : ………………………………….………………

**Situation du bénéficiaire avant l’entrée en immersion :**

❑ Demandeur d’emploi ❑ Salarié ❑ Autre, à préciser :

**LE PRESCRIPTEUR**

Dénomination/Raison sociale : ……………………………………………………………………………………….

Forme juridique : ………………………………………………………………………………………………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………..

**Conseiller référent :**

Nom, Prénom : …………………………………………………………………………………..………………

Fonction : …………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………….

Courriel : ………………………………………………………………………………………………………….

**LES ATTENDUS DU DISPOSITIF**

*NB : les informations ci-dessous sont communiquées à la personne, et à la MDA dans l’éventualité d’une demande de notification*

………………………………………………………………………………………………….

………………………….

……………………………………………………………………………………………………..

.…………………………

……………………………………………………… …………………………

……………………………………………………… …………………………