



FICHE PROJET D'ENTREE EN FORMATION

Organisme de formation destinataire :

Dispositif	Identification de la structure		
<input type="radio"/> Qualification	<input type="checkbox"/> Pôle emploi	<input type="checkbox"/> Mission locale	<input type="checkbox"/> Cap emploi
<input checked="" type="checkbox"/> Formation Linguistique	<input type="checkbox"/> Autres structures SPRO/CEP :		
<input type="radio"/> Dispositif Amont de la Qualification 2.0	<input type="checkbox"/> Pôle emploi	<input type="checkbox"/> Mission locale	<input type="checkbox"/> Cap emploi
<input type="radio"/> Ecole de la deuxième chance (E2C)	<input type="checkbox"/> PSAD	<input type="checkbox"/> Département	<input type="checkbox"/> PLIE
<input type="radio"/> Autre :	<input type="checkbox"/> SIAE	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> CIDFF
<input type="checkbox"/> BIJ/PIJ			

Coordonnées et contact de la structure

Nom / prénom : Agence :

..... :

Bénéficiaire

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville : Semur-en-Auxois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Ville de naissance :
Nationalité : <input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> autre (préciser) :	
Inscrit PE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si oui, compléter N° identifiant Pôle Emploi :
Date d'inscription :	

Bénéficiaire Obligation		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Double statut Salarié / Demandeur d'emploi) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser*) :
Bénéficiaire de l'aide au retour à l'emploi (ARE) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de fin :			
Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique (ASS)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consentement pour la Mobilisation CPF <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Bénéficiaire d'un accompagnement spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, indiquer le nom du référent et la structure			

Qualification professionnelle ou diplôme obtenu (préciser la date) :

Niveau acquis Cadre Européen des Certifications 2019 (correspondance ancienne nomenclature) :

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 (VI) - Sans niveau | <input type="checkbox"/> 3 (V) - CAP, BEP | <input type="checkbox"/> 5 (III) - BTS, DUT, DEUG, DEUST | <input type="checkbox"/> 7 (I) - Master |
| <input type="checkbox"/> 2 (V bis) - Sans diplôme ou Brevet | <input type="checkbox"/> 4 (IV) - BAC, BP, BT | <input type="checkbox"/> 6 (II) - Licence, Master 1 | <input type="checkbox"/> 8 (I) - Doctorat |

Dispositif(s) de formation et/ou d'accompagnement réalisé(s) :

Projet professionnel défini : Oui Non - Si oui (métier ou secteur d'activité) :

Points de vigilance / freins identifiés :



PRÉFET
DE LA RÉGION
BOURGOGNE-
FRANCHE-COMTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité



INVESTIR
DANS VOS
COMPÉTENCES



REGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTÉ

agefiph
ouvrir l'emploi
aux personnes handicapées

Conclusions de l'entretien :

Date

Ce document est à transmettre à l'organisme de formation visé par le projet d'entrée en formation :
dflbfc@laliquebfc.org

accompagné si besoin :

- d'un document d'identité
 d'une attestation de droits à l'assurance maladie