



### FICHE DE PRESCRIPTION

## Action de soutien à la mobilité MOBIL'ACTIFS /Location véhicule

**Prescripteur :**

Nom organisme : .....  
 Nom / Prénom : ..... Téléphone : .....  
 Adresse : .....  
 Email : ..... Date d'envoi de la demande : .....

**Participant :**

Nom / Prénom : .....  Homme  Femme  
 Date de naissance : ..... Commune de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Ville / Commune : ..... Code postal : .....  
 Téléphone : ..... Mail : .....

**Quartier prioritaire :**

Oui Nom quartier : .....  
 Non

CAEN : La Guérinière, La Grâce de Dieu, Le Chemin Vert, Pierre Heuzé, Calvaire saint pierre	HEROUVILLE –SAINT-CLAIR : Grand Parc, Val Ouest, Grande delle, Les Belles Portes, La haute Folie, Le bois
---	---

**Statut (plusieurs réponses possibles) :**

Demandeur d'emploi  Individu de -26 ans  Travailleur handicapé  
 Formation professionnelle  Salarié temps plein  Salarié temps partiel  
 Autre, précisez : .....

**Situation face à l'emploi avant le démarrage de l'action :**

➤ Si demandeur d'emploi, nombre de mois ancienneté chômage : .....mois  
 ➤ Si CDD :  - 6 mois  + 6 mois  
 ➤ Si CDI :  Temps plein  Temps partiel

**Motif de la prescription** (ex : pas de bus, horaires décalés, panne véhicule...) : .....

**Objet de la demande** (ex : CDD, CDDI, Intérim, Stage...) : .....

**Ressource avant démarrage de l'action (plusieurs réponses possibles) :**

RSA socle  ARE  ASS  Aucune ressource  
 RSA Activité  AAH  Salaire  Salaire formation  
 CEJ  Autre, précisez : .....

**Justificatifs** : contrats de travail, attestation de formation, convention de stage...

Le ...../...../.....  
 Signature du prescripteur et du bénéficiaire :