



Chèque Bureautique

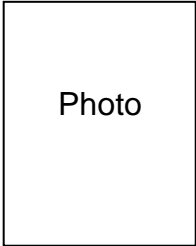
Convention CRMP

n° _____

Dossier administratif



1. ETAT CIVIL



Nom

Prénom

Né(e) le _ _ / _ _ / _ _ à

Numéro de sécurité sociale : _ _ - _ - - - - - - - - - - - - - - - -

Adresse :

.....

Code postal : _ _ - - - - Ville :

Tél. : 05 - - - - - 06 - - - - -

Em@il :

2. SITUATION

<u>Demandeur d'emploi</u>	OU	<u>Salarié</u>
<input type="checkbox"/> Primo (n'ayant jamais travaillé) - <input type="checkbox"/> non primo		Poste occupé :
N° identifiant : _ _ - - - - -		Type de contrat :
Pôle Emploi dont vous dépendez :		Date d'embauche :
Date d'inscription : _ _ / _ _ / _ _		Entreprise :
Date de chômage depuis le dernier emploi : _ _ / _ _ / _ _	
	

3. REMUNERATION

POLE EMPLOI

- ARE (Allocation de Retour à l'Emploi)
- ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)
- Allocation d'insertion

RSA (Revenu de Solidarité Active)

Autre (à préciser)

Aucune

4. PUBLIC SPECIFIQUE

CIVIS

Contrat d'insertion dans la Vie Sociale

PARE

Projet d'Aide de Retour à l'Emploi

RSA

Revenu de Solidarité Active

TH

Travailleur Handicapé

5. NIVEAU

Date de fin de scolarité : _ _ / _ _ / _ _

Dernier diplôme **obtenu** :

Niveau (**avec ou sans** diplôme obtenu) :

VI - fin de scolarité

III - BTS – DUT – DEUG

V - CAP/BEP

II - Maîtrise ou licence

IV - BAC

I - Ingénieur ou supérieur

6. PRESCRIPTEUR

Merci d'indiquer le **Lieu** de la structure et le **Nom** de votre conseiller

Pôle Emploi :

Mission Locale :

REGION :

M(me)

Service Emploi :

Organisme de Formation :

Autre :

7. VOTRE OBJECTIF

Accès à l'Emploi

Accès à la Formation

Appui Concours

PROJET PROFESSIONNEL (Métier) :

NB : Je reconnais par ailleurs avoir pris connaissance du règlement intérieur, avoir souscrit un contrat d'Assurance Responsabilité Civile et fourni une copie de l'attestation correspondante au CPPU au plus tard le jour de mon entrée en stage.

Date et Signature _____

8. EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Groupe sanguin :

Médecin de famille :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir :

.....

En cas d'urgence, vers quel établissement souhaitez-vous être dirigé :

Clinique :

Hôpital :

Autorisez-vous la Direction du CPPU à faire appel pour ce transport :

Au Samu : OUI - NON

A un ambulancier : OUI - NON

Observations éventuelles (problèmes de santé, antécédents familiaux, allergies, etc..) :

.....

.....

.....

Autorisation de soins d'urgence :

Pour les personnes majeures :

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Pour les personnes mineures :

Je soussignée(e), M, Mme, Mle*

Agissant en qualité de Père - Mère – Représentant légal, *

Autorise la Direction du CPPU à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

A L'Union, le
Signature

**Rayer les mentions inutiles.*