

Fiche à transmettre par mail: **prescriptions.kbm@gmail.com**

Partie réservée à la saisie administrative de KBM	Prescription n° <input type="text"/>	Traité le: <input type="text"/>
	Reçu par mail le: <input type="text"/>	Transmis à <input type="checkbox"/> NENEZ Manon <input type="checkbox"/> LOPEZ Alexandra

PRESCRIPTEUR

Nom de la structure: <input type="text"/>	Nom du prescripteur: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Code postal: <input type="text"/> Ville: <input type="text"/>
Mail: <input type="text"/>	Téléphone: <input type="text"/>
Êtes-vous le référent du bénéficiaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si non, compléter les lignes ci-dessous</i>	
Structure et Nom - Prénom du référent: <input type="text"/>	
Accord du référent: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mail et/ou téléphone du référent: <input type="text"/>

BENEFICIAIRE
Son identité

Nom - Prénom: <input type="text"/>	Genre: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Autre: <input type="checkbox"/>
Adresse: <input type="text"/>	Fixe: <input type="text"/> Portable: <input type="text"/>
Code postal: <input type="text"/>	Ville: <input type="text"/> Mail: <input type="text"/>
Nationalité: <input type="text"/>	Lieu de naissance (dép.): <input type="text"/> Né(e) le: <input type="text"/>
Communauté de communes d'appartenance: <input type="checkbox"/> CMC (Locminé) <input type="checkbox"/> Pontivy <input type="checkbox"/> LCBC (Loudéac)	

Sa situation personnelle

<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple	Avec des enfants à charge: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien: <input type="text"/>
RQTH: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours	BRSA: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type de RSA: <input type="checkbox"/> Socle <input type="checkbox"/> Majoré <input type="checkbox"/> Activité <input type="checkbox"/> Jeunes

Sa situation professionnelle

<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	N° Pôle Emploi <input type="text"/>
En emploi: <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD d'insertion <input type="checkbox"/> Intérim	Depuis: <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an <input type="checkbox"/> 1 an et +
En formation, précisez:	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel: % <input type="checkbox"/> Qualifiante <input type="checkbox"/> Non qualifiante

Sa situation de mobilité

Titulaire: <input type="checkbox"/> Code de la route <input type="checkbox"/> Permis AM <input type="checkbox"/> ASSR 1 et/ou 2 <input type="checkbox"/> Permis B <input type="checkbox"/> Aucune titularisation <input type="checkbox"/> Autre	Code de la route en cours de passation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Permis étranger: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel: <input type="text"/> Validité en France: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

Diagnostic préalable et relevé des besoins du bénéficiaire
Expliquer précisément le motif d'orientation et les besoins qui en découlent, ainsi que les démarches déjà effectuées.

Date de la prescription: <input type="text"/>	Signature du prescripteur: <input type="text"/>	Le bénéficiaire est d'accord pour être orienté vers KBM: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---