

à retourner à Laurence DUGNE spl@oga84.fr 04 90 25 47 87

ORIENTÉ(E) PAR	<input type="checkbox"/> Pôle Emploi	<input type="checkbox"/> Mission locale	<input type="checkbox"/> Structure de proximité	<input type="checkbox"/> Appel direct
Nom Référent			☎	
Mail				
Date orientation				

Ne remplissez pas ce cadre !

cadre réservé au POLE LINGUISTIQUE

ORIENTÉ-E vers					le		
Scolarité antérieure	<input type="checkbox"/> Pas (très peu) de scolarisation -			<input type="checkbox"/> Quelques années de scolarité -			
	<input type="checkbox"/> Études secondaires -			<input type="checkbox"/> Études supérieures			
Aisance dans l'écrit	<input type="checkbox"/> alphabétisation	<input type="checkbox"/> post-alphabétisation		<input type="checkbox"/> FLE			
Niveau estimé							
oral	A1.1	A1	A2	B1	B2		
écrit	A1.1 non acquis	A1	A2+	B1	B2		

INFORMATIONS SUR L'APPRENANT : En soumettant ce formulaire, j'autorise que les informations saisies soient utilisées dans le cadre du traitement de ma demande.

Homme Femme **Âge:** /_/_/ : date de naissance : /_/_/ - /_/_/ - /_/_/_/_/

Nom : _____ **Prénom :** _____

Nationalité : _____ **Date d'arrivée en France :** _____

CIR regroupement familial CIR statut de réfugié CIR Protection subsidiaire

Hors CIR demandeur d'Asile

Adresse : _____

Territoire : Centre ville - Reine Jeanne - St Jean - Rocade - Croix des oiseaux

Champfleury - Monclar - Montfavet - St Chamand - Autres _____

☎ _____

Situation familiale : Célibataire/e marié/e concubin/e pacsé/e divorcé/e veuf/ve

Enfant(s) à charge : OUI NON, nombre /_/_/ **Âge(s) :** _____

Allocataire : CAF MSA RSA

Mobilité : à pied à vélo en bus abonnement bus en voiture

PROFIL LANGUE	ADL (ALPHA) : Ne sait pas lire et écrire dans sa langue maternelle.			AL (FLE Français Langue Étrangère) : Sait lire et écrire dans sa langue maternelle.			ILLETTRISME Scolarité en France, Parle couramment, Difficulté à l'écrit et/ou à la lecture <input type="checkbox"/>
	Son niveau d'oral en français :						
	Oral - <input type="checkbox"/>	Oral + <input type="checkbox"/>	Oral ++ <input type="checkbox"/>	Oral - <input type="checkbox"/>	Oral + <input type="checkbox"/>	Oral ++ <input type="checkbox"/>	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
Diplômes obtenus ou niveau scolaire : _____ _____ _____
A déjà effectué une formation à : <input type="checkbox"/> GRETA <input type="checkbox"/> CRFP <input type="checkbox"/> Méditerranée Formation <input type="checkbox"/> Autres _____
Période de la formation : du /_/_/ /_/_/ 20__ au /_/_/ /_/_/ 20__

COMMENTAIRE SUR LE PARCOURS / PROJET DE L'APPRENANT
_____ _____ _____ _____ _____ _____

En soumettant ce formulaire, j'autorise que les informations saisies soient utilisées dans le cadre du traitement de ma demande.

Signature de l'utilisateur (obligatoire)