

FICHE DE DIAGNOSTIC

PREMIER ACCUEIL

Date de Pré accueil : reçu(e) par :
Date d'accueil : reçu(e) par :

VOTRE DEMANDE

Je recherche :
[] un emploi (quel contrat, quel métier) :
[] une formation (quel métier, quel diplôme) :
[] autre chose (précisez en la nature) :

EXPERTISE DU CONSEILLER PARTIE RESERVEE A L'ACCUEIL

Enoncé des difficultés rencontrées

Accès à l'emploi :
Qualification :
Numérique :
Logement :
Mobilité :
Santé :

Plan d'action formalisé

Prochain rendez-vous le :

Document validé par Je soussigné(e),
(Prénom et nom)
Conseiller(e) en évolution professionnelle.
Fait à, le (Date)

Signature du conseiller : Signature du jeune :



FICHE D'ACCUEIL

Pièces à joindre : pièce d'identité, justificatif de domicile et certificat d'hébergement, CV, attestation Pôle Emploi

Retrouvez-nous sur [Facebook icon]

M. - Mme - Mlle (1)
Nom patronymique : Prénom.....
Nom marital : Né(e) le : à (Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger)
Votre situation familiale : Célibataire [] - Marié(e) [] - En couple [] - Séparé(e) []
Adresse :
Quartier..... Code postal..... Ville.....
Tél. fixe : Tél. portable : Email

(1) Rayer les mentions inutiles
Indiquez l'origine de votre venue à la Mission Locale du Pays d'Aix parmi les propositions suivantes : (2)
Mairie - CIO - Pôle Emploi - Presse Médias - Services sociaux - Organisme de Formation - Mission Locale PAIO - Association - Entreprise - Amis - Famille - Autres

Votre nationalité : Française [] - UE [] - Hors UE []
Carte de séjour - date d'expiration :
Avez-vous effectué la Journée Défense et Citoyenneté ? Oui [] - Non []
Si non, êtes-vous recensé(e) ? Oui [] - Non []
Hébergement : Parents [] - Amis [] - Location [] - Foyer [] - CHRS [] Autre
Permis de conduire : Non [] - Oui [] lequel : Date d'obtention :
lequel : Date d'obtention :
lequel : Date d'obtention :
Moyen(s) de transport : Mobilité : Ville [] - Département [] - Région [] - Sans limites []
Nombre d'enfant(s) : possibilités de garde : Oui [] - Non []
Moyen de garde : (Parents, famille, halte-garderie, crèche, assistance maternelle, ...)
Couverture sociale : N° de Sécurité Sociale : []
Sécurité Sociale [] - CMU-C [] - RSA [] - MSA [] - Autre [] - Aucune [] Bénéficiaire [] - Ayant droit []
RQTH [] Catégorie : A [] - B [] - C [] (du / / au / /)
Couverture maladie complémentaire (Mutuelle) : Individuelle [] - Familiale []
Avez-vous un médecin traitant ? Non [] - Oui []

(2) Entourez la ou les bonne(s) réponse(s)
Siège : 14, Rue Charbon Rieu - CS 30379 - 13097 AIX EN PROVENCE CEDEX 2
Tél.: 04.42.69.84.21 - fax : 04.42.69.84.39 - Email : direction@ml-pa.org
Association loi 1901
SIRET : 378 212 666 000 38 - APE : 8413Z

VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(1) Rayer les mentions inutiles

Logiciels Informatiques (1) : Bureautique – Logiciels professionnels – Jeux vidéo – Autres : _____

Réseaux sociaux (1) : je n'utilise pas – T'chat – Notifications – Vidéo-photo partage

(INFORMATIQUE)

1. Année d'acquisition : _____

2. Année d'acquisition : _____

Logiciels Informatiques (1) : Bureautique – Logiciels professionnels – Jeux vidéo – Autres : _____

Etes-vous sensibilisé(e) à la protection de votre identité numérique : Oui Non

VOS CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Langue _____

Technicité _____ Niveau _____ Compréhension _____

1. Technique - Professionnel Notions - Courant - orale - écrite

2. Technique - Professionnel Notions - Courant - orale - écrite

3. Technique - Professionnel Notions - Courant - orale - écrite

VOTRE SCOLARITE

Classes ou formations suivies : _____

Etablissement fréquenté (Nom et lieu) _____

Classe et intitulé de la formation _____

date de fin _____

Diplôme obtenu _____

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Conformément à la loi Informatique, fichiers et libérés du 01/06/78, vous avez le droit de consulter ou modifier les informations enregistrées dans nos fichiers vous concernant. Une copie intégrale de votre dossier peut vous être remise sur votre demande.

VOS CONDITIONS DE RESSOURCES

Montant mensuel des ressources | | €

Salaire ASP Pôle Emploi : ARE Sans ressource

RSA Bourse ATA

APJM AREF Pension alimentaire

API ASS

AAH

SITUATION DE VOTRE FAMILLE

En emploi Père Mère

Sans emploi

Rétraité(e)

Bénéficiaire du RSA

Autre : _____ / _____

Profession : _____ / _____

Nombre de frère(s) et sœur(s) : _____ dont : _____ encore au domicile des parents _____

Agés : _____

VOTRE SITUATION ACTUELLE

Je suis actuellement _____

en situation de demandeur d'emploi

en emploi :

en formation :

scolarisé(e) :

dans une situation autre :

Je suis inscrit(e) à Pôle Emploi : Non - Oui Si oui, depuis le _____

Agence de Pôle Emploi : _____ n° d'inscription : _____

Je suis indemnisé(e) par le Pôle Emploi : Non - Oui Si oui, depuis le _____