



Directon régionale du travail, de
l'emploi et de la formation
professionnelle de Haute-
Normandie



UNION EUROPEENNE
Fonds Social Européen

FICHE DE LIAISON MAITRISER LES COMPETENCES CLES

<i>PRESCRIPTEUR</i>	<i>BENEFICIAIRE</i>
<i>Pôle emploi, ML, SIAE, CAP emploi, autre :</i>	
<i>Nom prénom :</i>	<i>Nom prénom :</i>
<i>Fonction :</i>	<i>Statut : DE, DELD, jeune en CIVIS, TH autre :</i>
<i>Tel :</i>	
<i>Fax :</i>	<i>Date de naissance :</i>
	<i>Courriel :</i>
<i>Courriel :</i>	<i>Tel :</i>
<i>Date :</i>	<i>Adresse :</i>

1. MOTIF DE L'ORIENTATION VERS LE DISPOSITIF (à remplir par le prescripteur)

- ✘ *Pour le bénéficiaire :*

- ✘ *Pour le prescripteur :*

- ✘ *Projet professionnel du bénéficiaire :*

- ✘ *Projet de suite de parcours à l'issue de la formation :*

- ✘ *Typologie d'action pressentie :*

- ✘ *Besoins en formation repérés :*

2. PROPOSITION DE PARCOURS (à remplir par l'organisme de formation)

■ *Organisme :*

■ *Nom prénom de la personne référente :*

■ *Fonction :*

■ *Tel, fax, courriel :*

■ *Date du 1^{er} rendez-vous :*

<i>Compétences</i>	<i>contenu</i>	<i>Durée prévisionnelle</i>	<i>Rythme hebdomadaire</i>	<i>objectif</i>

3. VALIDATION DU PARCOURS (à remplir par le prescripteur)

■ *Décision du prescripteur :*

■ *Motivation de la décision :*

Si réponse négative l'organisme de formation communiquera une nouvelle proposition de parcours soumise à validation du prescripteur.

4. RESTITUTION DU PARCOURS

Rendez-vous le :

Présents :

<i>Compétences</i>	<i>Objectifs atteints</i>	<i>Durée du parcours</i>

Préconisations :

Attestation de formation : oui non