



Mission Locale pour la Jeunesse de Reims

34, rue de Trianon – 51100 Reims

03.26.40.30.34

03.26.88.69.31

missionlocale@miloreims.com

Horaires des inscriptions :

Du lundi au jeudi : 14h30 / 15h15 / 16h00

Le vendredi : 14h30 / 15h30

Cadre réservé à la Mission Locale

Date d'inscription :/...../..... Fiche Saisie PPAE

CEF AIC :

Conseiller de suivi :

Date du 1^{er} RV de suivi :

...../...../.....

Heure :

Lieu :

Date d'accueil individualisé :

...../...../.....

Heure :

Lieu :

Vous allez être reçu par un(e) conseiller(e) de la Mission Locale.
Afin de nous permettre de répondre efficacement à vos attentes,
Nous vous demandons de bien vouloir compléter avec attention le dossier suivant.
Les cases grisées sont à remplir par la Mission Locale.

DOSSIER D'INSCRIPTION

IDENTITÉ

Madame

Monsieur

Prénom :

NOM :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Âge : ans

Pays de naissance :

Ville de naissance :

ADRESSE

Adresse :

Bâtiment : Étage : Numéro d'appartement :

Chez Mr ou Mme :

Quartier : Code postal : Ville :

Portable: Téléphone :

Email :

HÉBERGEMENT

Logement autonome Chez les parents Chez des amis Chez la famille CHRS

Hébergement nomade En foyer En foyer FJT Autre foyers Hôtel Sans hébergement

Autre Précisez :

Problématique logement : Non Oui

Nom et adresse d'une personne qui peut transmettre un message rapidement :

.....

Portable de cette personne : Téléphone :

Comment avez-vous connu la Mission Locale ? (Entourez votre choix)

Amis - Famille - Pôle Emploi – Entreprises - Intérim – Assistant(e) Social(e) - Association – Organisme de formation – Éducateur- C.I.O – Établissement scolaire-
Chambres des Métiers ou de Commerce - PIAO - CHRS - Organisme bilan – Chambre consulaire - C.C.A.C - Armée – Autres :

Avez-vous déjà été suivi dans une Mission Locale ? Oui Non

Si oui, laquelle :

Nom de votre ancien conseiller : Téléphone :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Concubinage Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Profession de votre conjoint(e) :

Profession de votre père : Travaillez-vous actuellement : Oui Non

Profession de votre mère : Travaillez-vous actuellement : Oui Non

Nombre de frères : Nombre de sœurs :

ENFANTS

Nombres d'enfants : Date de naissance :

À votre charge : Oui Non

Moyen de garde : Oui Non

Si oui, par qui et comment :

Difficulté de garde : Oui Non

COMPLÉMENTS D'IDENTITÉ

Nationalité : France Union Européenne Hors Union Européenne

Carte d'identité : N° Valable jusqu'au :

Passeport : N° Valable jusqu'au :

Visa (en attente de carte de séjour) : N° Valable jusqu'au :

Carte de séjour : N° Valable jusqu'au :

Carte de travail : N° Valable jusqu'au :

Recensé(e) : Oui Non JDC (Journée Défense Citoyenneté) : Oui Non

COUVERTURE SOCIALE

Avez-vous une Sécurité sociale ? : Oui Non

Sécurité sociale : Bénéficiaire Ayant droit de

Caisse d'affiliation : CPAM MSA Autre

Avez-vous couverture complémentaire ? : Oui Non

Couverture complémentaire : Personnelle Ayant droit de

Laquelle : CMU Mutuelle R.Q.T.H : Oui Non

COMPLÉMENT D'INFORMATION - COUVERTURE SOCIALE

Percevez-vous le RSA : Oui Non En cours

Vos parents ou votre conjoint(e) bénéficie-t-il (elle) du RSA : Oui Non En cours

Avez-vous une Reconnaissance de Travailleur Handicapé (RQTH) : Oui Non En cours

Si oui, valable du au

De quelle catégorie : A B C RQTH ESAT RQTH Marché du travail

PÔLE EMPLOI

Êtes-vous inscrit à Pôle Emploi : Oui Non

Si oui, date d'inscription :

Nom de votre agence Pôle Emploi :

N° d'identifiant :

RESSOURCES

Montant : € (à détailler)

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Allocation formation (ASP...) | <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> Pension alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Allocation insertion | <input type="checkbox"/> API-RSA | <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> AAH |
| <input type="checkbox"/> Allocation jeunes majeurs | <input type="checkbox"/> Ayant droit RSA | <input type="checkbox"/> Autre | |

PERMIS DE CONDUIRE

- Code de la route :** Oui Non
- Permis de conduire :** Oui Non En cours
- Si oui, précisez lequel :** Automobile (B) Moto (A) Poids lourds (C-CL)
- CACES ASR BSR
- Transport en commun (D) Autres, précisez :
- Date d'obtention :**

MOBILITÉ

- Êtes-vous prêt(e) à vous déplacer pour exercer le métier que vous avez choisi :** Oui Non
- Si oui, dans quelles limites :** Reims Département Région
- France Etranger Non précisé
- Moyen de locomotion :** Aucun Voiture Bus
- Moto Vélo Autre
- Cyclomoteur / Scooter

VOTRE SCOLARITÉ

Classe	Diplôme préparé et spécialité	Obtenu		Année	Établissement	Ville
		Oui	Non			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, les cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la Mission Locale pour la Jeunesse de Reims. Les informations à caractère personnel fournies dans les questionnaires papier, et les dossiers d'inscription sont destinées aux services de la Mission Locale, pour enregistrement des données sur I-milo. Conformément à la loi Informatique et libertés, vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos informations et le cas échéant, votre droit de rectification.



EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

Type de contrat	Emploi occupé	Employeur	Date de début	Date de fin

VOS ACTIVITÉS EXTRA-PROFESSIONNELLES CONNAISSANCES PARTICULIÈRES

Que faites-vous pendant vos loisirs ? (exemple : sport, lecture, bricolage, musique, MJC, Association, etc...)

Parlez-vous une langue étrangère ? Oui Non

Laquelle ? :

Niveau de compréhension : Écrite Orale Courante Notion

SUIVI SOCIAL

Avez-vous un éducateur ? Oui Non Si oui, nom :

Téléphone : Adresse :

Avez-vous une assistance sociale ? Oui Non Si oui, nom :

Téléphone : Adresse :

Autre : Nom :

Téléphone : Adresse :

SOUHAITS PROFESSIONNELS

Quel est votre projet professionnel, projet de vie, métier souhaité... ?

Qu'attendez-vous de la Mission Locale ? (aide à la santé, juridique, logement/hébergement, ateliers divers, aide à la formation etc.)

Emploi : 1^{er} métier souhaité : 2^{ème} métier souhaité :

Type de contrat recherché : Alternance Intérim C.D.I C.D.D

Temps plein Temps partiel

Formation : 1^{ère} formation souhaitée : 2^{ème} formation souhaitée :

Ne pas remplir, cadre réservé à la Mission Locale :

Maîtrise des savoirs de base : Acquis Non acquis A vérifier

Notes :

Rejoignez-nous :



Facebook : Mission Locale de Reims

Twitter: MLReims

