**ORGANISME PRESCRIPTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’organisme :**  | Date de l’orientation : |
| NOM Prénom du référent : | N° de portable :  |

**OBJET :** [ ]  Validation de projet [ ]  Recrutement

**BENEFICIAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :**  | **Prénom :**  |
| Date de naissance :  | **N° de portable :**  |
| N° Allocataire CAF :  | **Email :**  |
| Adresse :  | **Code postal :** **Ville :**  |
| **RSA :** | [ ]  Oui | [ ]  Non | **Demandeur d’emploi :** | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| **TH :** | [ ]  Oui | [ ]  Non | N° Id Pôle Emploi : |
| Notes :  |

**PARCOURS D’EVALUATION FNTV**

|  |  |
| --- | --- |
| Présentation métier et test de niveau | Tests psychotechniques et entretien |
| Date :  | Date :  |
| Note :  | Avis :  |
| **PROJET PROFESSIONNEL :** | [ ]  Validé | [ ]  Invalidé |
| Observations : Prescriptions :  |

*Signature Chargée de Mission FNTV et cachet*