**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*