

Date :

FICHE DE LIAISON ORIENTATION

PRESCRIPTEUR :

Organisme :

Adresse :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tel :

Fax :

e-mail :

La personne est orientée dans le cadre de :

RSA CER N°..... Depuis le :..... N° CAF.....

Inscrit(e) **PÔLE EMPLOI** depuis le :..... Date fin :.....

Indemnisé(e) **ASSEDIC**

Dernier emploi occupé :... OUI NON

PERSONNE ORIENTEE :

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

CP:..... Ville :.....

Tél :..... Mobile :.....

Né(e) le :..... Age

Nationalité :..... Sexe.....

Niveau d'étude :.....

Diplômes :.....

Age fin scolarité :.....

Situation familiale :..... Nombre d'enfants :.....

Reconnaissance Cotorep :.....

Type de handicap

Visuel	Maladie Mentale
Auditif	Déficiência intellectuelle
Moteur	Polyhandicap
Maladie invalidante	Autre

Remarques concernant le handicap ou la situation :

Emplois accessibles :

Emplois déconseillés :

Motif d'orientation vers Rebond

Résumez en quelques mots. Puis, si vous le souhaitez, cochez dans la grille ci-après les attentes essentielles.