

Nom du Conseiller : \_\_\_\_\_

Date de 1<sup>er</sup> Accueil :        /        /

Lieu de l'accueil : \_\_\_\_\_



## IDENTITÉ

### ORIGINE DE LA VENUE (Qui vous a envoyé vers nous ?) :

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CIO                 | <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Entreprise           |
| <input type="checkbox"/> Pôle Emploi         | <input type="checkbox"/> Mairie      | <input type="checkbox"/> Démarche personnelle |
| <input type="checkbox"/> Centre de formation | <input type="checkbox"/> Amis        | <input type="checkbox"/> Service SAMI (ADSEA) |
| <input type="checkbox"/> Service sociaux     | <input type="checkbox"/> Famille     | <input type="checkbox"/> Autres, à préciser : |

### NOM :

Nom de jeune fille :

### Prénom :

Né(e) le :

à

Adresse :

Téléphone :

Ville :

Code postal :

Mail :

### HEBERGEMENT :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Locataire         | <input type="checkbox"/> Foyer, FJT, Centre d'accueil |   |
| <input type="checkbox"/> Chez les parents  | <input type="checkbox"/> Famille                      |   |
| <input type="checkbox"/> Chez un(e) ami(e) | <input type="checkbox"/> Hôtel                        |   |
| <input type="checkbox"/> Logement précaire | <input type="checkbox"/> Sans domicile                | <input type="checkbox"/> Autres Foyers à préciser : |

Problématique logement :     Oui     Non

### NATIONALITE :

- Française     Union Européenne     Hors Union Européenne

Si carte de séjour ou récépissé, date de validité :        /        /

- Recensé     JDC (JAPD) effectuée

### SITUATION DE FAMILLE :

- Célibataire     En Couple  
 Pacsé         Marié

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Moyen de garde :  Oui     Non

Si Oui, précisez :

### MOBILITE :

- Quartier, arrondissement         Département

- Ville         France

- Région

- Sans limite         Autre, à préciser :

Moyen de déplacement :     Voiture     Vélo     Train     Scooter     Moto     Autre

Permis de conduire :  Oui  Non

Si Oui, date d'obtention : / /

Permis AM (ex BSR)  Permis B  Permis A  Autres  Précisez si Autres :

Si Non, Code obtenu  Oui, Date d'obtention / /  Non  En cours

**RESSOURCES SPECIFIQUES :**

**MONTANT :**

AUCUNE

AA Handicapé

Allocation jeunes majeurs

RSA (relève de la  CAF ou  MSA )

RSA majoré

Ayant droit

Allocation Parents Isolés

Allocation Chômage (Pôle Emploi)

Allocation formation (ASP, AREF...)

**Autres**, salaire, bourse...

Précisez si Autres:

**COUVERTURE SOCIALE**

Avez-vous une Couverture Sociale :  Sécurité Sociale  MSA  **Autres** Précisez si autres :

**COUVERTURE COMPLEMENTAIRE - MUTUELLE :**

Avez-vous une mutuelle ?  Oui  Non

Type d'assurance complémentaire :

CMU  CMU Parents  familiale  individuelle  mutuelle étudiant

**RQTH** Catégorie RQTH Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

EN INSTANCE DE DECISION  RQTH milieu protégé  RQTH milieu ordinaire

**DISPOSITIF**

Avez-vous déjà été inscrit dans une autre Mission Locale ?

Oui

Non

Si oui laquelle \_\_\_\_\_

Nom de votre ancien conseiller : \_\_\_\_\_

Dispositif PACEA en cours ?  Oui  Non

Avez-vous déjà bénéficié du dispositif garantie jeunes ?  Oui  Non Année :

**POLE EMPLOI**

N° d'inscription au Pôle Emploi : \_\_\_\_\_ Date d'inscription : \_\_\_\_\_

**FORMATION INITIALE**

**Date de sortie du système scolaire :**

| Dernière classe suivie | Année | Ecole – ville |
|------------------------|-------|---------------|
|                        |       |               |

| Diplômes obtenus | Année |
|------------------|-------|
|                  |       |
|                  |       |
|                  |       |
|                  |       |

- Avez-vous effectué un contrat d'apprentissage ou un contrat de professionnalisation ?

Oui  Non Date: Du / / au / /

Qualification (Diplôme) :

C.F.A. - Organisme de Formation

Employeur + Ville :

- Avez-vous déjà travaillé ?  Oui  Non

Dernier Emploi du / / / au / / /

Poste Occupé : \_\_\_\_\_ Type de contrat  CDI  CDI  Intérim  Autre :

Nom et adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

## FAMILLE ET SOCIAL

**Si vous résidez chez vos parents, ceux-ci sont-ils en emploi ?** Père  Oui  Non Mère  Oui  Non

**Avez-vous des frères et soeurs ?**

Nombre : \_\_\_\_\_

**Etes vous suivi par un travailleur social, éducateur, assistant social ?**

Structure :

NOM Référent :

Tel :

## EMPLOI ou FORMATION RECHERCHÉ

*Pouvez-vous préciser votre demande en quelques mots :*

---



---



---

## STAGE ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE (ou Joindre votre CV)

| Date | Type de formation ou emploi | Tâches effectuées pendant la période en entreprise | Organisme/Entreprise Intitulé/activité Localisation |
|------|-----------------------------|--|---|
|      |                             |  |   |

## PARTIE RESERVEE AU CONSEILLER

|                                     |
|-------------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------------------|

Oui     Non Autorise par la présente la Mission Locale Ouest Sud Eure et Loir à traiter mes informations personnelles. Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au Délégué de la protection des données ([rgpd@milos28.fr](mailto:rgpd@milos28.fr)). Pour la finalité suivante : **Exécution du suivi par un conseiller de la mission locale.** Les destinataires de ces données sont : **Le ou les conseillers de la mission locale et les services publics. Le directeur de la structure peut également consulter les informations recueillies.** La durée de conservation des données est de 5 ans pour un accompagnement classique et de 29 ans pour un accompagnement du Fond Social Européen (FSE). Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Le délai légal pour la mise en action de votre demande est d'un mois à partir de la réception de la demande. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à : [rgpd@milos28.fr](mailto:rgpd@milos28.fr). Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Valable pour une durée indéterminée, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est personnelle et incessible, et ne s'applique qu'au support explicitement mentionné.

Oui     Non Autorise par la présente la Mission Locale Ouest Sud Eure et Loir à diffuser la (les) photographie(s) / la (les) vidéo(s) suivantes, sur lesquelles je figure en vue de les mettre sur tout support papier et numérique lié à l'activité de la structure ou presse. Valable pour une durée indéterminée à la Mission Locale, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est personnelle et incessible, et ne s'applique qu'au support explicitement mentionné.

Et j'ai pris bien pris connaissance et m'engage à respecter **le règlement intérieur et la charte d'accompagnement** de la Mission Locale Ouest Sud Eure et Loir qui m'ont été remis ce jour.

Fait le        /        /        à \_\_\_\_\_

Signature du jeune :

Signature du parent légal si mineur (si nécessaire) :

Pièces à fournir :



- Pièce d'identité\* soit  CNI  Passeport  Carte de séjour
- Carte Vitale\*
- EXEAT Sortie de fin de scolarité
- RIB
- CV

\*obligatoire pour inscription