

FICHE DE PRESCRIPTION

(à transmettre à l'association l'Aigle Aide Emploi Services - Fax : 02 33 34 92 93)

PRESCRIPTEUR (Nom et structure) :

PROJET :

Nom du bénéficiaire :

Durée :

Employeur ou organisme de formation :

COÛT

_____ JOURS X 3 EUROS = _____ €

COÛT TOTAL : _____ €

SITUATION

- 25 ans

+ 25 ans

+ 50 ans

Demandeur emploi :

- 1 an

DE entre 1 et 2 ans

DELD + 2 ans

R.M.I.

ASSEDIC

Autres ressources Lesquelles :

Sans ressources

FINANCEMENT

COFINANCEMENT : NON

OUI

➔ **LE(S)QUEL(S) :**

PRIVE :

C.G. :

ASSEDIC :

FAJ :

AUTRE :

TOTAL FINANC. :

CAUTION : 84 €

AVAL REFERENT

REVIURE

- FP 1 -