

Date d'inscription : ____/____/20____ Par : _____

CRITERES D'ELIGIBILITE (CADRE RESERVE A THELLE EMPLOIS)

NIVEAU 1	NIVEAU 2	
<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> NIVEAU CAP-BEP OU INFRA	<input type="checkbox"/> PARENT ISOLE
<input type="checkbox"/> ALLOCATAIRE ASS	<input type="checkbox"/> SENIORS +50 ANS	<input type="checkbox"/> SANS HEBERGEMENT OU HERBERGE
<input type="checkbox"/> ALLOCATAIRE AAH	<input type="checkbox"/> JEUNES -26 ANS	<input type="checkbox"/> -24 MOIS EN FRANCE
<input type="checkbox"/> DELD +24 MOIS	<input type="checkbox"/> SORTANT ASE	<input type="checkbox"/> RESIDENT ZRV
	<input type="checkbox"/> DELD 12-24 MOIS	<input type="checkbox"/> RESIDENT QPV
	<input type="checkbox"/> RQTH	

Inscrit sur la plateforme IAE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

· Contact DE :

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ lieu de naissance : _____

Nationalité : _____ Nombre d'enfants : _____ dont à charge : _____

Vie maritale Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Pacsé(e) Célibataire

N° de sécurité sociale : -

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Date d'emménagement : ____/____/____

N° portable : __/__/__/__/__ N° fixe : __/__/__/__/__

Adresse Mail : _____@_____

· Mobilité :

Permis en cours de validité ? oui non en cours

Moyen de déplacements ? voiture deux roues vélo voiturette

autre : _____

· Documents administratifs :

Inscrit France Travail : oui non Identifiant France Travail : _____

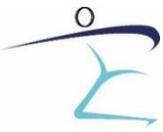
Date d'inscription : ____/____/____ Date de fin de droits : ____/____/____

Bénéficiaire de l'Allocation Solidarité Spécifique (ASS) : oui non

Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) : oui non autres : _____

Date du 1^{er} versement : ____/____/____

Nom du référent : _____



THELLE EMPLOIS

▪ **Bénéficiaire du RSA :** oui non N° allocataire : _____

Type de RSA : RSA Majoré RSA Socle RSA Jeune RSA Activité

Date du 1^{er} versement : ____/____/____ Nom du référent : _____

Prime D'activité

▪ **Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé (RQTH) :** oui non

Depuis le : ____/____/____

Allocataire AAH ou Pension d'invalidité Depuis le : ____/____/____

• **Prescripteur :**

Qui vous a orienté vers THELLE EMPLOIS ?

candidature spontanée

service départemental mission locale SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation)

France Travail Cap emploi CCAS Autre

Nom du référent : _____ Organisme : _____

Tél : __/__/__/__/__ Mail : _____@_____

• **Niveau d'étude : (Diplômes)**

• **Expériences professionnelles :**

Postes et dates des derniers emplois occupés :

• _____

• _____

• _____

Dans le cadre des mises à disposition sur certaines missions :

Pointure chaussures :

Taille pantalon :

Taille blouse :

• **Disponibilités :**

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							