



Dossier d'inscription

Ne pas remplir, Cadre réservé à la Mission Locale

Date du 1^{er} contact : ____/____/____ Lieu : _____

Accueilli(e) par : _____

Visite Téléphone Autre : _____

Prochain RDV : ____/____/____ à ____ H _____

avec : _____

Connaissance du
règlement intérieur
(signature) :

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : ____/____/____

Ville de naissance : _____ Pays : _____

Célibataire Concubinage Marié(e) Pacsé(e)
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge : _____ Moyen(s) de garde : Assistante maternelle Crèche Aucun
 Parents-Famille Difficulté de garde
 Autre : _____

Nationalité : Français(e) U.E. Hors U.E.



Journée Défense et Citoyenneté : J.D.C. effectuée Recensé(e)

Adresse : _____

Chez Mr ou Mme : _____ Bâtiment: _____

N° d'appartement : _____ Etage : _____ Code postal : _____ Commune : _____

Logement autonome Colocation F.J.T. C.H.R.S. Hébergé(e) par ami(s)
 Hébergé(e) par famille Hôtel Hébergé(e) par parents Sans hébergement
 Autre : _____ Problématique logement : Oui Non

Email : _____

☎ ____/____/____/____/____

Perso Autre (Précisez) : _____

☎ ____/____/____/____/____

Perso Autre (Précisez) : _____

N° de Sécurité Sociale : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Avez-vous une couverture principale : Oui Non En cours

Caisse d'affiliation : C.P.A.M. M.S.A. Autre : _____
 Bénéficiaire Ayant-droit

Avez-vous une couverture complémentaire : Oui Non En cours

Laquelle : C.M.U. Mutuelle
Si oui : Individuelle Familiale

Percevez-vous le R.S.A. : Oui Non Si oui : RSA Majoré : Oui Non

N° d'allocataire : _____ Vous relevez de la : C.A.F. M.S.A.
 Bénéficiaire Ayant Droit

Avez-vous une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (R.Q.T.H.) : Oui Non En cours

Si oui : Du ____/____/____ Au ____/____/____

Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi : Oui Non Date d'inscription : ____/____/____

Si oui : N° Identifiant (7 chiffres 1 lettre) : ____/____/____/____/____/____/____

Percevez-vous des ressources : Oui Non

Si oui : Salaire Chômage Pension alimentaire A.A.H.
 A.P.I.-R.S.A. Allocation formation Prime d'activité
 Autre : _____

Montant : _____ € Du ____/____/____ Au ____/____/____

Montant : _____ € Du ____/____/____ Au ____/____/____

Comment avez-vous connu la Mission Locale ? (Entourez votre choix)

Ami(s) - Centre de Formation - C.I.O./Education Nationale - Démarche personnelle -

Education Spé./C.H.R.S. - Entreprise/Agence d'Intérim - Facebook - Famille - J.D.C./Armée - Mission Locale-

Pôle Emploi - Presse/Média - Services Sociaux

Autre : _____

Permis en cours : Oui Non
 Code obtenu : Oui Non En cours

Votre rayon de mobilité :

	DATE D'OBTENTION		DATE D'OBTENTION
AM	___/___/___	C1	___/___/___
A1	___/___/___	C1E	___/___/___
A2	___/___/___	C	___/___/___
A	___/___/___	CE	___/___/___
B1	___/___/___	D1	___/___/___
B	___/___/___	D1E	___/___/___
BE	___/___/___	D	___/___/___
		DE	___/___/___

<input type="checkbox"/>	Arrondissement	<input type="checkbox"/>	Région
<input type="checkbox"/>	Ville	<input type="checkbox"/>	France
<input type="checkbox"/>	Canton	<input type="checkbox"/>	Pays frontaliers
<input type="checkbox"/>	Département	<input type="checkbox"/>	UE
<input type="checkbox"/>	Départements limitrophes	<input type="checkbox"/>	Hors UE
		<input type="checkbox"/>	Sans limite

Votre moyen de transport :

<input type="checkbox"/>	Aucun	<input type="checkbox"/>	Bus/Train
<input type="checkbox"/>	Automobile	<input type="checkbox"/>	Scooter
<input type="checkbox"/>	Bus scolaire	<input type="checkbox"/>	Moto
<input type="checkbox"/>	Parents-Famille/Educs		

Classe	Diplôme préparé et spécialité	CZPH-110		Date de sortie	Établissement et Ville
		1-00	2-02		
				___/___/___	
				___/___/___	
				___/___/___	
				___/___/___	

Autres diplômes ou attestations ? (BAFA, SST, PRAP, CACES...)

✓ Date d'obtention : ___/___/___

✓ Date d'obtention : ___/___/___

✓ Date d'obtention : ___/___/___

Formation(s) professionnelle(s) :

Intitulé de la formation et du diplôme	Date de début	Date de fin	Organisme et ville	Diplôme obtenu	
				OUI	NON
	___/___/___	___/___/___			
	___/___/___	___/___/___			

1/ Type de contrat : Du ____/____/____ Au ____/____/____

Motif de sortie (*si contrat interrompu*):

Entreprise et Ville :

Métier :

2/ Type de contrat : Du ____/____/____ Au ____/____/____

Motif de sortie (*si contrat interrompu*):

Entreprise et Ville :

Métier exercé :

3/ Type de contrat : Du ____/____/____ Au ____/____/____

Motif de sortie (*si contrat interrompu*):

Entreprise et Ville :

Métier exercé :

4/ Type de contrat : Du ____/____/____ Au ____/____/____

Motif de sortie (*si contrat interrompu*):

Entreprise et Ville :

Métier exercé :

Votre situation actuelle : Demandeur d'emploi Salarié(e) en Formation en Service Civique

Autre :

Quel est votre projet professionnel, métier ou domaine souhaité ?

.....

.....

Qu'attendez-vous de la Mission Locale ? (*Emploi, travailler projet pro., aide à la formation, aide financière, réorientation, aide à la santé, logement/hébergement, CV...*)

.....

.....