



FICHE DE LIAISON CENTRE KALON

Le prescripteur		
<input type="checkbox"/> Pôle emploi Agence de Conseiller	<input type="checkbox"/> Mission Locale de Conseiller :	<input type="checkbox"/> Service éducatif Référent :
<input type="checkbox"/> Éducation nationale	<input type="checkbox"/> Orientation directe Précisions :	<input type="checkbox"/> <i>Autre, préciser :</i>
Identité du prescripteur Fonction : Tél : Courriel :		
Le candidat		
NOM :		Date de naissance :
Prénom(s) :		Genre :
Adresse :	Tél. :	Courriel :
Situation actuelle du candidat :		
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Salarié-e, précisez le type de contrat : CDI – CDD - Intérim – Durée du contrat : – Durée hebdomadaire : <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation ou d'apprentissage <input type="checkbox"/> Stagiaire de la Formation Professionnelle – dispositif d'accompagnement / formation suivie : <input type="checkbox"/> Autre :		
Date de la dernière inscription à Pôle emploi : N° identifiant :		

Bénéficiaire d'une allocation Pôle Emploi : Si oui, préciser la date de fin de droit

Bénéficiaire de minima sociaux :
RSA Prime d'activité ASS ATA AAH Indemnité Contrat d'Engagement Jeune (CEJ)

Reconnaissance RQTH : Oui Non Demande en cours

Si le-la candidat-e est mineur-e, un diagnostic a-t-il été réalisé avec des structures du champ de l'accompagnement socioéducatif, par la MLDS, la MIJEC, l'UEAJ, l'IBEP ou AGORA ?
 Oui, préciser la structure Non

Typologie scolaire et professionnelle

Type de poste(s) occupé(s) CDI – CDD – Alternance – Durée cumulée des expériences : <3 mois - >3is à 6mois< - >6 mois - +1 an
Dernier emploi occupé :
Type de contrat de travail : aucun Durée : Date de fin de contrat :

Formation initiale et/ou continue

Niveau de formation	
Dernière classe suivie :	
Date de fin de scolarité et nom de l'établissement :	
Dernière formation qualifiante suivie en formation continue	
Date de fin de la dernière formation suivie en formation continue	
Certification <u>obtenue</u> la plus élevée (en France ou à l'étranger, reconnue ou non sur le territoire français)	
Date d'obtention du dernier diplôme	
Formation ou métier(s) visé(s)	

Éléments contextuels :

Contexte de logement :
 Logement autonome (préciser la date de fin de bail)
 Logement familial
 Foyer de Jeunes Travailleurs (nom de la structure)
 Placement en structure éducative (nom de la structure)
 Autres

Mobilité	<input type="checkbox"/> Transports en commun, transports pédestres et cyclistes <input type="checkbox"/> Permis en cours (préciser) <input type="checkbox"/> Permis B et véhicule <input type="checkbox"/> BSR , permis A et deux-roues motorisé
Santé	<input type="checkbox"/> Bilan Centre d'Examen Santé <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Suivi spécifique (Douarnez, MDA, etc) <input type="checkbox"/> Besoins spécifiques de santé

Attendus de la remobilisation KALON par le prescripteur :

Empty space for prescriber expectations.

Attendus et objectifs définis par le bénéficiaire :

Empty space for beneficiary expectations and objectives.