|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mandant / personne de contact** | | | |
| Service social |  | Nom / Prénom |  |
| Tél. : |  | eMail |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données de la personne participante** | | | | | |
| Nom |  | Prénom | | |  |
| Rue n° |  | Tél fixe et/ou portable | | | / |
| NPA Localité |  | Date de naissance | | |  |
| Nationalité (pays) |  | Moins de 25 ans | | |  |
| eMail |  | Langue | | | F  D |
| N° AVS |  | Sexe | | | Masculin  Féminin |
| CV disponible | Non  Oui *joindre le cv* | Permis de travail | | | B  C  L  N  F |
| Formation | Aucune formation achevée  Formation professionnelle initiale reconnue et attestée  Formation de niveau tertiaire attestée (UNI ou prof. sup.) | Validité du permis  Etat civil  Pays d’origine  Arrivée en CH (année) | | | Célibataire  Marié  Pacsé  Divorcé  Séparé  Veuf |
| Langue maternelle |  | Autres langues | | |  |
| Niveau de français | Avec difficulté Lu, parlé, écrit    Moyen Lu, parlé, écrit    Bon Lu, parlé, écrit | Niveau d’allemand | | | Avec difficulté Lu, parlé, écrit    Moyen Lu, parlé, écrit    Bon Lu, parlé, écrit |
|  | | | | | |
| Durée de l’aide sociale | Moins d’un an  1 à 3 ans  3 à 6 ans  plus de 6 ans | Logement | Vit seul·e  Vit en couple  Vit chez les parents | | |
|  |  | Situation familiale | Famille avec enfant·s  Famille monoparentale | | |
|  |  |  |  | | |
| Garde des enfants | Réglée  À régler  Remarques éventuelles : |  | | Âge des enfants :  http://www.astronomeamateur.ca/picts/mars_symbole.gif       http://esoteris.me/images/venus.png | |
|  |  |  | |  | |
| **Santé de la personne participante** | | | | | |
| Etat de santé physique | Bon  Problématique (y compris allergie)  Quelles pourraient être les incidences sur l’emploi ou l’occupation souhaité ?  Y a-t-il des limites physiques attestées médicalement ?  oui  non  Si oui, lesquelles ? | | | | |
| Etat de santé psychique | Bon  Problématique (la personne souffre de problèmes psychosociaux : dépression, maladie psychosomatique, angoisses, troubles du sommeil, agoraphobie, douleurs dorsales ou des membres supérieurs, TMS, problèmes familiaux,…). Préciser au besoin :  Quelles pourraient être les incidences sur l’emploi ou l’occupation souhaité ?  Remarques complémentaires éventuelles : | | | | |
| Suivi médical / thérapie | Physique :  Psychique :  Physiothérapie :  Autres : | | | | |
| Dépendances | Alcoolisme  Oui  Non  Toxicomanie  Oui  Non  Médicaments  Oui  Non  Renseignements complémentaires éventuels à ce sujet :  Incidences sur l’emploi ou l’occupation souhaitée : | | | | |
| Certificat médical attestant d’une capacité de travail réduite | Oui  Non Taux :    % d’incapacité de travail  Renseignements complémentaires éventuels à ce sujet : | | | | |
| Démarches AI | Oui  Non  En cours Accepté Refusé  Demande de rente AI :  Demande de reconversion AI :  Soutien par un coach AI :  Remarques éventuelles : | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs du mandant** | | | |
| **Mesure envisagée** | | | |
|  |  | **Public cible** | **Objectifs** |
| **IS** |  | Personne ayant peu de perspectives de trouver un emploi | Stabilisation sociale |
| **PIP** |  | Personne susceptible trouver un emploi à court -moyen terme | Stabilisation assortie de perspectives d’insertion professionnelle |
| **IP** |  | Personnes actuellement aptes à s’insérer dans le 1er marché du travail | Travail et qualification visant l’insertion professionnelle |
| **Taux de travail** | 100%  50%  Autre :    % | | |
| **Objectifs recherchés à travers la mesure** | | | |
|  | | | |
| **Informations complémentaires éventuelles** | | | |
|  | | | |
| **Annexes jointes (le cas échéant)** | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **Contact par la personne participante selon demande de l'AS** |
| **La personne inscrite a jusqu'au       à 11h30 pour contacter le CSP (032 486 95 26)**  Date de l'assignation : |

**Rappel : les frais de déplacement sont pris en charge par le mandant**