|  |
| --- |
| **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 permisEtat civilPays d’origineArrivée 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 réglerRemarques 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 [ ]  nonSi 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 [ ]  NonToxicomanie [ ]  Oui [ ]  NonMédicaments [ ]  Oui [ ]  NonRenseignements 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 travailRenseignements 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**