FICHE PRESCRIPTION

Fiche à remplir par le-la prescripteur-trice
et à transférer par mail à mobylis@mobylis.org - Renseignements 06 72 77 60 79

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFICATION DU-DE LA PRESCRIPTEUR-TRICE | Date :  |
| Organisme : |  |
| Nom du-de la prescripteur-trice : |  |
| Adresse : | 1 |
| Téléphone : |  | Mail : |  |
|  |
| Site sollicité |
| [ ]  Vire | [ ]  Flers | [ ]  Argentan | [ ]  Bayeux | [ ]  Condé |
| Action sollicitée  |  |  |  |  |
| [ ]  Diagnostic / accompagnement | [x]  MécaMobyl / garage | [ ] Permis B |
| [ ]  Location vélo assistance électrique | [ ]  Location scooter | [ ]  Location voiture |
| BÉNÉFICIAIRE |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Adresse complète : |  |
| Téléphone-s : | Né-e le :  |
| Mail : | [ ]  Oui : | XXXX@ | [ ]  Non |
| Situation familiale :  | [ ]  Célibataire | [ ]  Couple sans enfant | [ ]  Couple avec enfant | [ ]  Monoparental |
| STATUT |
| [ ]  RSA : n° allocataire: XXX | [x]  Demandeur d’emploi : id. Pôle Emploi :  |
| [ ]  Autre : préciser |
| [ ]  AAH | [ ]  ASS | [ ]  - de 26 ans | [ ]  Salarié-e | [ ]  ASPA | [x]  SIAE | [ ]  Intérimaire |
| Eligible FAJ :  | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| OBJECTIF DE LA PRESCRIPTION |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| ………………………………………………….................................................................................................................................................... |
|  |
| Cadre réservé à Mobylis |
| Reçu le : | XXXX | Transmis le : | XXXX | A : | XXXX |