

Cognac, Barbezieux	Corinne Bernard compta@alqr.fr
Angoulême, La Rochefoucauld	Marie Maguet angouleme@alqr.fr

Prescripteur :

Nom et prénom :

Numéro de téléphone :

Structure :

Mail :

Candidat :

☒ Madame ☐ Monsieur

Nom et prénom :

(Ajouter le nom de naissance, si différent) :

Adresse complète :

QPV Quartier Prioritaire de la Ville : ☐ Oui ☐ Non

Numéro de téléphone :

Mail :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale : ☐ En couple ☐ Célibataire ☐ Mono parental ☐ Avec enfant(s) à

charge Nb enfant(s) ☐ Sans enfant(s) à charge ☐ veuve/veuf

Situation administrative - Ressource(s) financière(s) :

RSA : ☐ Oui ☐ Non

☐ ASS ☐ AAH ☐ ARE ☐ Autre(s) – Préciser :

☐ Salaire – Préciser le montant :

☐ Autres ressources :

Situation de handicap – RQTH : ☐ Oui ☐ Non

Détenteur d'un permis de conduire valide en France ? ☐ Si oui, date d'obtention

☐ Non

Détenteur de l'ETG (= code de la route en France) ☐ Si oui, date d'obtention

☐ Non

Le candidat a-t-il déjà sollicité des aides au permis : ☐ oui lesquelles :

☐ Non

Situation professionnelle

En emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ Chômage – durée : Inscrit France Travail : ☐ Oui ☐ Non

Situation de la personne au regard de sa recherche d'emploi (Partie nécessaire pour l'entrée en auto-école sociale)

Merci de mentionner tous les éléments permettant de mesurer si le candidat est engagé dans une démarche d'insertion professionnelle et de préciser le lien entre ce projet et la nécessité du permis.

Le candidat est-il inscrit dans un dispositif favorisant l'insertion professionnelle (CEJ, SIAE, ...) ? ☐ Oui ☐ Non – Si oui, lequel ?

Disponibilités :

Date de début de disponibilité pour la formation au code :

Créneaux hebdomadaires

	<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>
<i>Matin</i>						
<i>Après midi</i>						

Lieu de formation : ☐ Angoulême ☐ Cognac (Rouillac, Jarnac, ChâteauNeuf) ☐ Barbezieux ☐ La Rochefoucauld

Pour : ☐ Code et permis ☐ Permis uniquement ☐ remise à niveau Conduite ☐ Permis AM Cognac ou Angoulême

Date : Signature du prescripteur :