

Accompagner l'orientation et l'insertion des Sportifs de Haut Niveau



FICHE DE PRESCRIPTION



Le prescripteur

NOM :

PRENOM :

FONCTION :

ORGANISME :

@mail :

Tél :

Demande la réalisation : cocher l'action demandée

- D'un bilan d'orientation (max 10 heures sur 8 semaines)**
- D'un bilan de compétences (max 24 heures sur 8 semaines)**
- D'un accompagnement à l'emploi (max 24 heures sur 4 mois)**

Lieu : Landes et Pyrénées-Atlantiques

Déroulement : selon la commande

Conditions Tarifaires : entièrement pris en charge par le Conseil Régional d'Aquitaine.

LES ATTENTES DU PRESCRIPTEUR

.....

.....

.....

.....

.....

Le bénéficiaire de l'action

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

.....

@mail :

Tél :

Statut du bénéficiaire de l'action

1. Jeune en Centre de Formation
2. Catégorie SHN :
3. Autre situation :

A renvoyer par fax ou par mail :

Pour une prestation à :
PAU : 05 59 27 24 18
contact@cibc64.net

Pour une prestation à :
MONT DE MARSAN : 05 58 46 18 47
ST PAUL LES DAX : 05 58 46 18 47
contact@cibc40.net

Pour une prestation à :
BAYONNE : 05 59 55 88 27
contact@cibc64.net

Site internet et blog vidéos
www.cibc40.net ou www.cibc64.net