

VOTRE SCOLARITE

Classes ou formations suivies :

Etablissement fréquenté <i>(Nom et lieu)</i>	Classe et intitulé de la formation	date de fin	Diplôme obtenu
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

VOS CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Langue	Technicité	Niveau	Compréhension
1.....	Technique <input type="checkbox"/> - Professionnel <input type="checkbox"/>	Notions <input type="checkbox"/> - Courant <input type="checkbox"/>	orale <input type="checkbox"/> - écrite <input type="checkbox"/>
2.....	Technique <input type="checkbox"/> - Professionnel <input type="checkbox"/>	Notions <input type="checkbox"/> - Courant <input type="checkbox"/>	orale <input type="checkbox"/> - écrite <input type="checkbox"/>
3.....	Technique <input type="checkbox"/> - Professionnel <input type="checkbox"/>	Notions <input type="checkbox"/> - Courant <input type="checkbox"/>	orale <input type="checkbox"/> - écrite <input type="checkbox"/>

VOS CONNAISSANCES OU VOS COMPETENCES PARTICULIERES

(BAFA, PSC 1, ...)

1..... Année d'acquisition

2..... Année d'acquisition

(INFORMATIQUE)

Réseaux sociaux (1) : je n'utilise pas – T'chat – Notifications – Vidéo-photo partage

Logiciels informatiques (1) : Bureautique – Logiciels professionnels – Jeux vidéo – Autres :

Êtes-vous sensibilisé(e) à la protection de votre identité numérique : Oui Non

(1) Rayer les mentions inutiles

VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Date de début	Date de fin	Type de contrat	Poste occupé	Nom de l'Entreprise	Motif d'interruption du contrat
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

VOTRE SITUATION ACTUELLE

Je suis actuellement en situation de demandeur d'emploi
 en emploi :
 en formation :
 scolarisé(e) :
 dans une situation autre :

Je suis inscrit(e) à Pôle Emploi : Non – Oui Si oui, depuis le

Agence de Pôle Emploi : n° d'inscription : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Je suis indemnisé(e) par le Pôle Emploi : Non – Oui Si oui, depuis le

SITUATION DE VOTRE FAMILLE

	Père	Mère
En emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire du RSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : /
Profession : /

Nombre de frère(s) et sœur(s) : dont : encore au domicile des parents
Ages ; ; ; ; ; ; ; ; ;

VOS CONDITIONS DE RESSOURCES

Salaire <input type="checkbox"/>	ASP <input type="checkbox"/>	Pôle Emploi : ARE <input type="checkbox"/>	Sans ressource <input type="checkbox"/>
RSA <input type="checkbox"/>	Bourse <input type="checkbox"/>	ATA <input type="checkbox"/>	
APJM <input type="checkbox"/>		AREF <input type="checkbox"/>	Pension alimentaire <input type="checkbox"/>
API <input type="checkbox"/>		ASS <input type="checkbox"/>	
AAH <input type="checkbox"/>			

Montant mensuel des ressources | | €

Conformément à la loi informatique, fichiers et libertés du 01/06/78, vous avez le droit de consulter et/ou modifier les informations enregistrées dans nos fichiers vous concernant. Une copie intégrale de votre dossier peut vous être remise sur votre demande.

FICHE DE DIAGNOSTIC

PREMIER ACCUEIL

Date de Pré accueil : reçu(e) par :

Date d'accueil : reçu(e) par :

VOTRE DEMANDE

Je recherche :

un emploi (quel contrat, quel métier ?) :

une formation (quel métier, quel diplôme ?) :

autre chose (*précisez en la nature*) :

EXPERTISE DU CONSEILLER

PARTIE RESERVEE A L'ACCUEIL

Enoncé des difficultés rencontrées

Accès à l'emploi :

Qualification :

Numérique :

Logement :

Mobilité :

Santé :

Plan d'action formalisé

.....
.....
.....
.....

Prochain rendez-vous le :

Document validé par,
(Prénom et nom)

Conseiller(e) en évolution professionnelle.

Fait à, le
(Date)

Signature du conseiller :

Je soussigné(e),
autorise par ma signature apposée ci-dessous, la Mission
Locale du Pays d'Aix à transmettre mon CV dans le cadre
de mes démarches de recherche d'emploi.

Signature du jeune :

