

Date de validation du C.E.R. / / (il doit mentionner l'action Remobilisation Linguistique)

Quelles sont les démarches à effectuer, notées dans le CER, qui pourraient être inscrites comme objectif pour cette action sociolinguistique ? (permet d'adapter le programme de formation aux besoins du participant)

- 1 -
- 2 -
- 3 -

A ce jour, quels sont les freins qui pourraient empêcher le BRSA d'entrer en prestation ?

- disponibilité** (au regard des plannings prévisionnels de formation proposés par les prestataires)
 ARIES = 2,5 jours (maxi 3 jours) de formation les lundi – mardi – jeudi
 HORIZONS = 2 jours de formation Etampes les lundi – jeudi / Arpajon les mardi - vendredi

Une adaptation temporaire peut être mise en place pour quelques semaines en début de formation, le temps de trouver une solution ; **le référent devra reprendre contact avec le formateur pour l'informer de la levée de frein** afin que le bénéficiaire soit intégré en formation sur un rythme normal.

→ quelles démarches ont été effectuées pour lever le frein de la disponibilité ?

(ex : une demande de cantine pour les enfants a été faite le..... / réponse attendue vers le.....)

.....

- autre frein**

- → quelles démarches ont été effectuées pour lever ce frein ?

.....

Aucun autre motif ne sera retenu pour justifier un refus d'entrer en prestation.

Signature du bénéficiaire

Signature du prescripteur

Partie à remplir par l'organisme de formation

Date d'entrée en formation / / Durée prévisionnelle : Heures

Typologie de formation FLE Alphabétisation LCI

Site de formation retenu (cocher la case)

HORIZONS	ARIES		
<input type="checkbox"/> Arpajon	<input type="checkbox"/> Corbeil-Essonnes	<input type="checkbox"/> Epinay sous Sénart	<input type="checkbox"/> Epinay sur Orge
<input type="checkbox"/> Etampes	<input type="checkbox"/> Grigny	<input type="checkbox"/> Sainte Geneviève des Bois	

Commentaires

.....

La personne ne s'est pas présentée aux RV fixés les :/...../..... et/...../.....

La présente fiche doit être retournée au Référent et au Prescripteur dans le délai maximum :

- ARIES 10 jours après validation de l'entrée sur la prestation
- HORIZONS 5 jours après validation de l'entrée sur la prestation

Nom du formateur référent (à contacter pour informations complémentaire)

Téléphone - - - - Courriel@.....