

FICHE D'INSCRIPTION DISPOSITIF OASISS HANDICAP Préformation aux métiers de l'intervention sociale ou du soin 2025-2026

Identité :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : ____ / ____ / ____ Ville :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

N° Sécurité Sociale : ____ / ____ / ____

Téléphone Portable et/ou fixe : ____ et/ou ____

Mail :

Projet de formation et/ou métier(s) pressenti(s)

Domaine social	Domaine du soin

Situation actuelle

Salarié (emploi actuel) :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

- Demandeur d'emploi :
 - A.R.E. : (Aide au Retour à l'Emploi) - Droits ouverts jusqu'au : ___ / ___ / _____
 - A.S.S. : (Allocation de Solidarité Spécifique)
 - R.S.A. : (Revenu de Solidarité Active)
 - Non indemnisé
- AAH (Allocation d'Adulte Handicapé)
- Autre situation (à préciser) :

Informations concernant votre organisme prescripteur (CAP Emploi, France Travail, Mission locale...)

Nom de l'organisme	
Nom et Prénom du Référent de l'organisme	
Téléphone portable et/ou fixe du référent	
Mail du référent	
N° d'identifiant France Travail / CAP Emploi	

Les éventuels aménagements à prévoir pour favoriser votre accueil lors du positionnement :

.....

Dossier à compléter avec les documents suivants :

- Curriculum Vitae
- Copie de l'attestation d'obligation d'emploi en cours de validité / Reconnaissance RQTH / Accident du travail / Maladie professionnelle / Invalidité / AAH...

Dossier à retourner **entre le 10 Septembre et 14 novembre 2025**
par mail à l'adresse : oasis@erts-olivet.org

Ou par **courrier postal** à l'adresse suivante :

ERTS - Dispositif OASISS Handicap
2032 Rue du Général de Gaulle - CS 60002
45166 OLIVET Cedex