

Fiche administrative

Date	<input type="text"/>	Annoncé par	<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> ORP <input type="checkbox"/> ODAS <input type="checkbox"/> Autre
			<input type="text"/>

Coordonnées de la personne intéressée

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
NPA	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
Langue maternelle	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Téléphone fixe	<input type="text"/>	Portable	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
N° AVS	<input type="text"/>	Lieu d'origine	<input type="text"/>

Coordonnées des parents

<small>Si différente de l'enfant</small>	
Adresse	<input type="text"/>
<hr/>	
Nom mère	<input type="text"/>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone fixe	<input type="text"/>
<hr/>	
Nom père	<input type="text"/>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone fixe	<input type="text"/>
Métier	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>

Ecoles fréquentées

Année(s)	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>	Niveau(x)	<input type="text"/>
Année(s)	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>	Niveau(x)	<input type="text"/>
Année(s)	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>	Niveau(x)	<input type="text"/>

Formations professionnelles / Apprentissages

Année(s)	<input type="text"/>	Niveau	<input type="text"/>
Métier	<input type="text"/>		

Année(s)	<input type="text"/>	Niveau	<input type="text"/>
Métier	<input type="text"/>		

Année(s)	<input type="text"/>	Niveau	<input type="text"/>
Métier	<input type="text"/>		

Stages déjà effectués

Métiers favoris

Motivation (expliquer en quelques mots la raison et les motifs de votre demande)

Demandes par le biais de l'AI (expliquer en quelques mots les difficultés rencontrées)

Santé physique

Médecin (traitant ou spécialiste)

Nom
Spécialiste
Adresse Téléphone

Médicaments

Autres médecins (Nom, prénom, spécialité, tél, e-mail)

Besoins nutritionnels spécifiques / allergies

Santé psychique

Psychiatre, psychologue

Nom
Spécialiste
Adresse Téléphone
E-mail Médicaments

Autres suivis et/ou personnes impliquées (curatelle)
(Nom, prénom, profession/fonction, tél, e-mail)

Assurances

Maladie	<input type="text"/>	N° assuré	<input type="text"/>
RC	<input type="text"/>	N° police	<input type="text"/>
Accident	<input type="text"/>		

Copies à fournir

Pour chaque inscription

- Copie de la pièce d'identité
- Attestation assurance responsabilité civile (RC)
- Permis de séjour le cas échéant

Pour l'habitat

- Police assurance maladie
- Carnet de vaccination

Matériel à prendre lors du premier jour

Pour les secteurs maraîchage, rénovation, paysagisme, cuisine de transformation

- Caution de CHF 50.00 pour la clé de casier et pour le matériel
- Vêtements de travail adaptés

Pour l'habitat

- Caution de CHF 20.00 pour la clé de la chambre