

CONVENTION RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PÉRIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL N° A



Articles L.5135-1 et D.5135-1 et suivants du code du travail

L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Dénomination : 35-ML RENNES Forme juridique : Association
 Adresse : 7 Rue de la Parcheminerie
 Code postal : 35000 Commune : Rennes ☎ 0299780078
 S'agit-il d'un prescripteur conventionné ? Oui Non - Si oui, référence du conventionnement : _____
 Coordonnées de la structure conventionnant : _____
 S'agit-il de la structure d'accompagnement ? Oui Non

LE BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Nom de naissance : DELORME Prénom : Gaelle
 Nom d'usage : DELORME RQTH : AAH : Autres TH :
 Né(e) le : 22/09/1997 à (commune) : Montreuil (département / pays) : Seine-Saint-Denis
 Nationalité : France Union européenne ou EEE ou Confédération suisse Autre
 Si Autre : intitulé du titre de séjour : _____ N° du titre de séjour : _____
 Date d'expiration : _____
 Adresse : 3A du pré du mail
 Complément d'adresse : Appt. B5
 Code postal : 35000 Commune : Rennes Pays : _____
 ☎ +333788375330 Courriel : gaelle.jbdelorme@gmail.com
 Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Situation du bénéficiaire avant l'entrée en période de mise en situation en milieu professionnel :

- Demandeur d'emploi suivi par Pôle emploi - N° DE : 40545420
 Jeune sans emploi suivi par la mission locale - Date inscription : 11/09/2017
 Demandeur d'emploi suivi par un organisme relevant du 1°bis du L.5311-4 du code du travail - Date inscription : _____
 Salarié d'une structure de l'IAE relevant du 2° du L.5311-4 du code du travail PMSMP en suspension
 Salarié bénéficiant d'un contrat aidé

dept	année	n° d'ordre	avenant renouvellement	avenant modification	PMSMP en suspension
					<input type="checkbox"/>

 Autre salarié en accompagnement social ou professionnel PMSMP en suspension
 Autre, à préciser : _____

Si le bénéficiaire est un salarié :

Dénomination / Raison sociale de l'employeur : _____
 Forme juridique : _____ N° SIRET : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ ☎ + _____
 Représenté par : Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Dénomination / Raison sociale : clinique vétérinaire Forme juridique : SELARL
 N° SIRET : 5010152624000218 Code APE : 852Z
 Adresse : 6 rue Antoine de Saint Exupéry
 Code postal : 35176 Commune : Saint Grégoire Pays : _____
 Activité principale : Médecine vétérinaire
 Convention collective ou accord de branche applicable : Vétérinaire
 Personne responsable du bénéficiaire : Nom : DETARRE Prénom : Delphine Fonction : ASU
 ☎ +330223252720 Courriel : cof@delors@orange.fr

LA STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT

S'agit-il de l'organisme prescripteur ? Oui Non ----- Si OUI, NE COMPLÉTER QUE LA ZONE CONSEILLER RÉFÉRENT -----
 Dénomination : _____ Forme juridique : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Conseiller référent : Nom : PAVY Prénom : Virginie
 ☎ +330299354197 Courriel : vpavy@mlrennes.org