

FICHE DE LIAISON 2025

PREPAPP Aide-soignant (e) et Auxiliaire de vie

DATE DE L'ORIENTATION :

Groupe et lieu PREPAPP :

NOM Prénom DU PRESCRIPTEUR :

Nom et type de Structure :

Mail :

Téléphone :

BÉNÉFICIAIRE DE L'ACTION

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Identifiant France Travail (obligatoire) :

Téléphone :

E-mail :

Projet Professionnel

Projet professionnel : métier d'AS Oui

Projet professionnel : métier d'Auxiliaire de vie Oui

OBSERVATIONS :