

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



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

L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Dénomination : MISSION LOCALE Forme juridique :
 Adresse : 66 BOULEVARD GAMBETTA
 Code postal : 46000 Commune : CAHORS
 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 : MENDY Prénom : Baptiste
 Nom d'usage : RQTH ☐ AAH ☐ Autres TH ☐
 Né(e) le : 15/02/2005 à (commune) (département / pays)
 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 : 4 Rue de l'homme
 Complément d'adresse :
 Code postal : 46300 Commune : Flauville Pays :
 +06 13217719436 Courriel :
 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 :
☒ Jeune sans emploi suivi par la mission locale - Date inscription :
☐ 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
☐ Salarié bénéficiant d'un contrat aidé :
☐ Autre salarié en accompagnement social ou professionnel
☐ 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 : SARL La Guinguette Forme juridique : SARL
 N° SIRET : 400474343100013 Code APE : 5610A
 Adresse : 630 route de Laspenyades
 Code postal : 46130 Commune : Guzel Pays : France
 Activité principale : restauration
 Convention collective ou accord de branche applicable :
 Personne responsable du bénéficiaire : Nom : Dravin Prénom : Michael Fonction : gérant
 +133151653086191 Courriel : la-guinguette@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 : DEMEAUX Prénom : MARILYN
 +0565204260 Courriel : m.demeaux@ml46.fr