Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONTRAT DU PARCOURS CONTRACTUALISE D'ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI ET L'AUTONOMIE

Articles L. 5131-3 à L. 5131-5 et R. 5131-8 à D. 5131-19 du code du

N° de dossier SI

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|V|_|

Code ML d'ordre | Année | N° de version | N°

Date d'entrée :

cerfa
N° 15656*06

LE(LA) JEUNE BENEFICIAIRE

Sexe : M ☐ F ☐

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

✆ : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : _____@_____

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

À : _____ (commune)

_____ (pays)

Nationalité : ☐France ☐Union Européenne ou
EEE ou Confédération suisse ☐Autre
Si autre, n° titre de séjour :
_____
Date d'expiration :

L'OPERATEUR

Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal :

Commune : _____

Code de la structure / n° de la mission locale :
|_|_|_|_|_|

Conseiller référent dédié à l'accompagnement individuel :
_____

Les signataires certifient sur l'honneur :
- avoir pris connaissance des engagements contractuels des parties et des plans d'action relatifs aux phases d'accompagnement figurant en annexe et s'engagent à les respecter ;
- l'exactitude des renseignements portés sur le présent contrat.

Fait à : le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Le (la) bénéficiaire
(signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

L'opérateur
(nom et qualité du signataire, cachet et signature)

Concernant les pièces à joindre à l'ASP en cas de versement d'une allocation, voir précisions en notice.

L'ensemble des pièces justificatives de la situation du bénéficiaire sont conservées par l'opérateur avec un exemplaire du CERFA.

Exemplaire avec signatures originales et cachet de l'opérateur.
Destinataires : bénéficiaire, opérateur, et direction régionale de l'Agence de Services et de Paiement (ASP)

ANNEXE N°1 AU CONTRAT DU PARCOURS CONTRACTUALISE D'ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI ET L'AUTONOMIE – COORDONNEES DE PAIEMENT

_____, bénéficiaire du contrat Parcours contractualisé d' accompagnement vers l' emploi et l' autonomie :

- Certifie que les coordonnées bancaires ci-dessous sont exactes.
- Autorise le versement de l' allocation sur le compte bancaire mentionné.

Nom du titulaire	Code BIC	IBAN

En cas de changement de coordonnées bancaires du bénéficiaire, celui-ci s' engage à en informer son conseiller et à lui fournir le nouveau RIB dans les plus brefs délais.

Fait à : le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Le (la) bénéficiaire

(Signature)

(Pour les jeunes mineurs ou faisant l' objet d' une mesure de protection juridique, prévoir une autorisation du représentant légal.)

L' opérateur

(Nom et qualité du signataire, cachet et signature)