

Date : _____ Orienté (e) par : _____

IDENTITE DE LA PERSONNE :

NOM : _____	PRENOM : _____
Date de naissance : _____	Nationalité : _____
Adresse : _____	
Téléphone : _____	
Enfants : OUI/NON	Etablissement scolaire : _____
Disponibilités : _____	

BESOINS GENERAUX :

- <input type="checkbox"/> Souhaite davantage d' autonomie pour la vie quotidienne à l'oral (se présenter, prendre RDV chez un médecin, échanger avec les administrations, demander son chemin...)
- <input type="checkbox"/> Souhaite davantage d' autonomie pour la vie quotidienne à l'écrit (Identifier un courrier, répondre à un sms, remplir un formulaire...)
- <input type="checkbox"/> Souhaite acquérir d'avantage de confiance pour s'exprimer en français en public et est intéressé par la pratique théâtrale .
- <input type="checkbox"/> Souhaite acquérir des outils ludiques pour mieux accompagner son enfant dans les apprentissages scolaires .

BESOINS LINGUISTIQUES :

Scolarisé dans son pays d'origine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Communication ORALE en français	Communication ECRITE en français
Ne communique pas en français <input type="checkbox"/>	Non lecteur/non scripteur en français <input type="checkbox"/>
Echange quelques mots du quotidien <input type="checkbox"/>	Peut lire/écrire des mots du quotidien <input type="checkbox"/>
Utilise des phrases courtes et simples <input type="checkbox"/>	Comprend un article de journal <input type="checkbox"/>
Francophone <input type="checkbox"/>	Peut écrire une courte lettre <input type="checkbox"/>

Remarques :
