



# APICIL 2026

|                                                                                                                                                                         |  |                                       |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--------|
| <b><u>RÉFÉRENT DE PARCOURS</u></b>                                                                                                                                      |  | <b><u>DESTINATAIRE</u></b>            |        |
| Structure                                                                                                                                                               |  | <b>Les Ateliers du Présent</b>        |        |
| Prénom - Nom :                                                                                                                                                          |  | 65 rue Voltaire – 69003 LYON          |        |
| Adresse :                                                                                                                                                               |  | Tél : 04 37 48 04 19                  |        |
| Tél :                                                                                                                                                                   |  | Mail : lesateliersdupresent@orange.fr |        |
| Mail :                                                                                                                                                                  |  |                                       |        |
| <b><u>Bénéficiaire</u></b>                                                                                                                                              |  | Adresse :                             |        |
| Prénom – NOM :                                                                                                                                                          |  |                                       |        |
| Nom de naissance :                                                                                                                                                      |  |                                       |        |
| Date de naissance :                                                                                                                                                     |  | Tél :                                 |        |
| N° de sécurité sociale (15 chiffres) :                                                                                                                                  |  | Email :                               |        |
| <b><u>Situation de la personne :</u></b>                                                                                                                                |  |                                       |        |
| RQTH <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Arrêt maladie <input type="checkbox"/>              |  |                                       |        |
| RSA <input type="checkbox"/> RSJ <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> Inscrit France Travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |                                       |        |
| <b><u>Objet de la demande</u></b>                                                                                                                                       |  |                                       |        |
|                                                                                                                                                                         |  |                                       |        |
| <b><u>À remplir par les ADP</u></b>                                                                                                                                     |  |                                       |        |
| Rendez-vous fixé le :                                                                                                                                                   |  | à :                                   | avec : |
|                                                                                                                                                                         |  |                                       |        |
| RETOUR SOUHAITÉ : <input type="checkbox"/> OUI                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> NON          |        |