

N° de dossier SI

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

Date d'entrée : \_\_\_\_\_

Date limite de sortie : \_\_\_\_\_

**LE(LA) JEUNE BENEFICIAIRE**

M.  Mme  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 :  
M.  Mme  \_\_\_\_\_

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**

M. ou Mme \_\_\_\_\_, 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)