

AE CJ
 SB MD
 GR GM
 CF MH

Espace Futur Artisan
Fiche de renseignements à remplir



Vos coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____
 Nom marital : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 Tél : _____ Adresse e-mail : _____

Votre situation

<input checked="" type="checkbox"/> Marié <input checked="" type="checkbox"/> Célibataire <input checked="" type="checkbox"/> Divorcé <input checked="" type="checkbox"/> Veuf (ve) <input checked="" type="checkbox"/> Pacsé <input checked="" type="checkbox"/> Autre	<input checked="" type="checkbox"/> Demandeur emploi indemnisé <input checked="" type="checkbox"/> Demandeur emploi non indemnisé <input checked="" type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA <input checked="" type="checkbox"/> Salarié <input checked="" type="checkbox"/> Retraité <input checked="" type="checkbox"/> Autre
--	---

Votre projet

Activité de l'entreprise : _____
 Votre qualification professionnelle : _____
 Commune d'implantation (si connue) : _____

<input checked="" type="checkbox"/> Création <input checked="" type="checkbox"/> Auto entrepreneur <input checked="" type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input checked="" type="checkbox"/> SARL <input checked="" type="checkbox"/> SNC	<input checked="" type="checkbox"/> Reprise <input checked="" type="checkbox"/> EURL <input checked="" type="checkbox"/> SA, SAS, SASU <input checked="" type="checkbox"/> Autre
---	---

Forme juridique

Date d'installation prévue

<input checked="" type="checkbox"/> Moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> Entre 1 et 6 mois	<input checked="" type="checkbox"/> Non déterminé
--	---	---

Prévision d'embauche

<input checked="" type="checkbox"/> Moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> Entre 1 et 6 mois	<input checked="" type="checkbox"/> Non déterminé
--	---	---

Motif de la visite

<input checked="" type="checkbox"/> RI Démarche <input checked="" type="checkbox"/> RI reprise <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement	<input checked="" type="checkbox"/> RI Technique <input checked="" type="checkbox"/> SPI	<input checked="" type="checkbox"/> RI Soir <input checked="" type="checkbox"/> Formation
Date	Date	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lyon, le _____