



ATTESTATION DE BENEFICIAIRE DU PROGRAMME TRACE

(article 5 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998)



JEUNE BENEFICIAIRE

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____ Sexe : M [] F []

Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : Française [] UE [] Hors UE []

Adresse : _____

Commune et code postal : _____

Téléphone : _____

Bénéficiaire né hors de France métropolitaine (1)

Pays et commune de naissance : _____

Nom de naissance du père et 1^{er} prénom : _____

Nom de naissance de la mère et 1^{er} prénom : _____

Bénéficiaire ressortissant de l'EEE (2)

Carte de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

Récépissé de demande de titre de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

N° d'immatriculation à la sécurité sociale du pays de nationalité : _____

Bénéficiaire ressortissant d'un pays hors EEE (2)

Titre de séjour :

- nature : _____
- numéro : _____
- date de fin de validité : _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

(1) - Quelle que soit la nationalité
(2) - Espace Economique Européen

OPERATEUR CHARGE DU SUIVI ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Dénomination : _____ Conventionné par la DRTEFP : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____
Nom et téléphone du référent : _____

PILOTE

Dénomination : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____

DUREE DU PARCOURS TRACE

Date d'entrée en TRACE (1) : _____
Date de sortie de TRACE : _____

DESTINATAIRE DE L'ATTESTATION

Caisse primaire d'assurance maladie (1) - Centre de paiement de : _____
 Caisse régionale d'assurance maladie (branche vieillesse) (2) : _____
 Jeune : _____
 Pilote : _____
Fait à : _____ Le : _____
Par (signature de l'opérateur) : _____

(1) Renseigner dans tous les cas

(2) Alsace-Moselle : Caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg
Région parisienne : Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
DOM : Caisse générale de sécurité sociale



ATTESTATION DE BENEFICIAIRE DU PROGRAMME TRACE

(article 5 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998)



JEUNE BENEFICIAIRE

Nom d'usage : _____		
Nom de naissance : _____	Sexe : M [] F []	
Prénom : _____		
Numéro de sécurité sociale : _____		
Date de naissance : _____		
Lieu de naissance : _____		
Nationalité : Française []	UE []	Hors UE []
Adresse : _____		
Commune et code postal : _____		
Téléphone : _____		

Bénéficiaire né hors de France métropolitaine (1)

Pays et commune de naissance : _____

Nom de naissance du père et 1^{er} prénom : _____

Nom de naissance de la mère et 1^{er} prénom : _____

Bénéficiaire ressortissant de l'EEE (2)

Carte de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

Récépissé de demande de titre de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

N° d'immatriculation à la sécurité sociale du pays de nationalité : _____

Bénéficiaire ressortissant d'un pays hors EEE (2)

Titre de séjour :

- nature : _____
- numéro : _____
- date de fin de validité : _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

(1) - Quelle que soit la nationalité
(2) - Espace Economique Européen

OPERATEUR CHARGE DU SUIVI ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Dénomination : _____ Conventionné par la DRTEFP : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____
Nom et téléphone du référent : _____

PILOTE

Dénomination : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____

DUREE DU PARCOURS TRACE

Date d'entrée en TRACE (1) : _____
Date de sortie de TRACE : _____

DESTINATAIRE DE L'ATTESTATION

Caisse primaire d'assurance maladie (1) - Centre de paiement de : _____
 Caisse régionale d'assurance maladie (branche vieillesse) (2) : _____
 Jeune : _____
 Pilote : _____
Fait à : _____ Le : _____
Par (signature de l'opérateur) : _____

(1) Renseigner dans tous les cas

(2) Alsace-Moselle : Caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg
Région parisienne : Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
DOM : Caisse générale de sécurité sociale



ATTESTATION DE BENEFICIAIRE DU PROGRAMME TRACE

(article 5 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998)



JEUNE BENEFICIAIRE

Nom d'usage : _____		
Nom de naissance : _____	Sexe : M [] F []	
Prénom : _____		
Numéro de sécurité sociale : _____		
Date de naissance : _____		
Lieu de naissance : _____		
Nationalité : Française []	UE []	Hors UE []
Adresse : _____		
Commune et code postal : _____		
Téléphone : _____		

Bénéficiaire né hors de France métropolitaine (1)

Pays et commune de naissance : _____

Nom de naissance du père et 1^{er} prénom : _____

Nom de naissance de la mère et 1^{er} prénom : _____

Bénéficiaire ressortissant de l'EEE (2)

Carte de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

Récépissé de demande de titre de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

N° d'immatriculation à la sécurité sociale du pays de nationalité : _____

Bénéficiaire ressortissant d'un pays hors EEE (2)

Titre de séjour :

- nature : _____
- numéro : _____
- date de fin de validité : _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

(1) - Quelle que soit la nationalité
(2) - Espace Economique Européen

OPERATEUR CHARGE DU SUIVI ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Dénomination : _____ Conventionné par la DRTEFP : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____
Nom et téléphone du référent : _____

PILOTE

Dénomination : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____

DUREE DU PARCOURS TRACE

Date d'entrée en TRACE (1) : _____
Date de sortie de TRACE : _____

DESTINATAIRE DE L'ATTESTATION

Caisse primaire d'assurance maladie (1) - Centre de paiement de : _____
 Caisse régionale d'assurance maladie (branche vieillesse) (2) : _____
 Jeune : _____
 Pilote : _____
Fait à : _____ Le : _____
Par (signature de l'opérateur) : _____

(1) Renseigner dans tous les cas

(2) Alsace-Moselle : Caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg
Région parisienne : Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
DOM : Caisse générale de sécurité sociale



ATTESTATION DE BENEFICIAIRE DU PROGRAMME TRACE

(article 5 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998)

JEUNE BENEFICIAIRE

Nom d'usage : _____		
Nom de naissance : _____	Sexe : M [] F []	
Prénom : _____		
Numéro de sécurité sociale : _____		
Date de naissance : _____		
Lieu de naissance : _____		
Nationalité : Française []	UE []	Hors UE []
Adresse : _____		
Commune et code postal : _____		
Téléphone : _____		

Bénéficiaire né hors de France métropolitaine (1)

Pays et commune de naissance : _____

Nom de naissance du père et 1^{er} prénom : _____

Nom de naissance de la mère et 1^{er} prénom : _____

Bénéficiaire ressortissant de l'EEE (2)

Carte de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

Récépissé de demande de titre de séjour : numéro : _____ Date de fin de validité : _____

N° d'immatriculation à la sécurité sociale du pays de nationalité : _____

Bénéficiaire ressortissant d'un pays hors EEE (2)

Titre de séjour :

- nature : _____
- numéro : _____
- date de fin de validité : _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

(1) - Quelle que soit la nationalité
(2) - Espace Economique Européen

OPERATEUR CHARGE DU SUIVI ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Dénomination : _____ Conventionné par la DRTEFP : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____
Nom et téléphone du référent : _____

PILOTE

Dénomination : _____
Adresse : _____
Commune et code postal : _____
Téléphone : _____

DUREE DU PARCOURS TRACE

Date d'entrée en TRACE (1) : _____
Date de sortie de TRACE : _____

DESTINATAIRE DE L'ATTESTATION

Caisse primaire d'assurance maladie (1) - Centre de paiement de : _____
 Caisse régionale d'assurance maladie (branche vieillesse) (2) : _____
 Jeune : _____
 Pilote : _____
Fait à : _____ Le : _____
Par (signature de l'opérateur) : _____

(1) Renseigner dans tous les cas

(2) Alsace-Moselle : Caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg
Région parisienne : Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
DOM : Caisse générale de sécurité sociale