



# 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<sup>er</sup> prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance de la mère et 1<sup>er</sup> 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.

## 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<sup>er</sup> prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance de la mère et 1<sup>er</sup> 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.

## 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<sup>er</sup> prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance de la mère et 1<sup>er</sup> 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.

## 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<sup>er</sup> prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance de la mère et 1<sup>er</sup> 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.

## 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