

EN PREVISION DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

Avez-vous trouvé une entreprise d'accueil ? OUI NON

Si OUI :

Nom de l'entreprise :Nom du Responsable :

Secteur d'activité :Téléphone :

Adresse :

Code postalVille.....

Si NON :

☛ **Si vous ne trouvez pas d'entreprise, souhaitez-vous être sur liste d'attente en CAP AEPE formation professionnelle continue payante dans notre Centre de Formation Bourg-chevreau** OUI NON

☛ **Ou sous statut BTS Temps Plein** OUI NON

Démarche réalisées :

Date	Entreprise(s) contactée(s)	Suite donnée employeur

Comment avez-vous connu l'UFA Bourg-chevreau ?

Internet Réseaux Sociaux Salon Site internet du CFP Mission locale Ancien élève

Entreprise Pôle Emploi Autre préciser.....

Connaissance et maîtrise de l'outil informatique : OUI NON

Si oui précisez les logiciels

Quelles utilisations faites vous de l'outil informatique ?.....

PC Portable OBLIGATOIRE pour suivre la formation en BTS (aide possible par l'OPCO)

LOISIRS OU ACTIVITES EXTRA-SCOLAIRE



Pour les actions de formation et les formations par apprentissage

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 Janvier 1978 modifiée, et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 27 Avril 2016, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en adressant un courriel, en indiquant votre nom et prénom à l'adresse suivante: cfpbc@bourg-chevreau.org. Vos données personnelles ne seront pas transmises en dehors du Centre de Formation Professionnel Bourg Chevreau et ne seront ni vendues, ni échangées. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.



DOSSIER DE CANDIDATURE

PHOTO
OBLIGATOIRE

FORMATION SOUHAITEE EN APPRENTISSAGE

BTS Gestion de la Petite et Moyenne Entreprise

BTS Management Commercial Opérationnel

BTS Négociation Digitalisation Relation Client

Licence Commerce Vente Marketing

CAP Accompagnant.e Educatif.ve Petite Enfance

ADMIS.E

PRE-ADMIS.E

LISTE D'ATTENTE

REFUSE.E

ETAT CIVILE

NOM..... PRÉNOMS.....

NOM de naissance.....

Adresse.....

VilleCode postal

Commune nouvelle

N° de téléphone

Fixe

Portable

Email.....@.....

Date de naissance |__| |__| |__| |__|

Lieu de naissance à Départ. |__| |__|

Nationalité.....

N° de carte de séjour.....

Validité.....

N° de Sécurité Sociale de l'alternant.e |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Carte AME (Aide Médicale de l'Etat) |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

N° Identifiant Pôle Emploi.....Nom conseiller.e.....

Permis de conduire obtenu OUI NON En cours d'acquisition OUI NON

Code obtenu OUI NON Possession d'un véhicule OUI NON

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vie au domicile des représentants légaux En couple

Nombre d'enfants _____

Si vous êtes rattaché-e au foyer des représentants légaux indiquer :

Noms et Prénoms des personnes représentantes légales :
.....

Adresse :
.....

N° de téléphone des représentants légaux : Fixe.....Portable

SITUATION DANS LES 12 MOIS PRÉCÉDENTS L'ENTRÉE EN FORMATION

Scolaire en classe de

ÉtablissementLocalisation

En formation

Études secondaires

Voie initiale

Études supérieures

Contrat d'apprentissage - N° DECA.....

Préparation à un concours

Contrat de professionnalisation

Autre
.....

Intitulé de la formationAnnée.....

Établissement.....Localisation.....

Participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux jeunes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification (préciser type de dispositif)
.....

À la recherche d'un emploi

• Date de la dernière inscription Pôle Emploi :
.....

• Percevez-vous actuellement une allocation si oui laquelle ?
.....

• Quel était votre dernier emploi ?
.....

Salarié-e :

Dans le secteur médico-social Dans un autre secteur, préciser :

Emploi occupé

Depuis le :

En CDD (Contrat à Durée Déterminée) En CDI (Contrat à Durée Indéterminée)

Autre

à temps complet à temps partiel

Indiquer le nom de la structure ou de l'établissement où vous travaillez actuellement :
.....

Adresse.....

N° de téléphone

Autre situation : Préciser

Situation de non-emploi liée à la maladie

Êtes-vous reconnu-e travailleur-r-se handicapé-e OUI NON

Bénéficiez vous d'une RQTH OUI NON

Si oui (fournir la reconnaissance)

Avez-vous ou pensez-vous pouvoir bénéficier d'un aménagement lors de l'examen ? OUI NON

Si vous êtes en situation de handicap, n'hésitez pas à prendre contact avec la personne référente handicap du CFP,
Virginie BOULEAU : referentehandicapcfp@bourg-chevreau.org tel : 07.49.55.28.98



Un accueil et un accompagnement personnalisé vous est proposé pour construire avec vous un parcours de formation adapté !

CURSUS SCOLAIRE

Diplômes obtenus (Brevet des collèges, CAP/BEP, BAC, BTS/Autre, BAC+2, BAC+3 & +, PSC1 ou SST)

Diplôme(s) obtenu(s)	Date obtention

AUTRES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Date	Fonction occupée — Activité exercé	Entreprise/Organisme

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom

Lien de parenté pour les mineur.es.....

Lien pour les majeur.es.....

Adresse N°..... Nom de la rue.....

Complément d'adresse

Code postal Ville / commune nouvelle.....

Tél fixe :Tél.portable.....