DOSSIER D’INSCRIPTION

Attention : l’inscription du candidat à la formation ne sera définitive qu’après la commission de validation.

Titre professionnel : Installateur de réseaux câblés de communication

CADRE RESERVE A L’ORGANISME

.

ACCUEIL DU CANDIDAT

Reçu par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

N° de convention : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’entrée : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Date de sortie prévue : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Date de sortie réelle : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Nbre. d’heures prescrites : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en centre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ en entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisme prescripteur :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.

 ETAT CIVIL

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom d’épouse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : [ ]  Féminin [ ]  Masculin

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ressortissants étrangers date de validité du titre de séjour : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

![MP900438482[1]]() (Domicile) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ![MC900436077[1]]()\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

![MM900283074[1]]() Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situation Familiale : [ ]  Célibataire [ ]  Marié(e) [ ]  Séparé(e) [ ]  Pacsé(e) Nbre d’enfant(s) : \_\_\_\_

 N° de Sécurité Sociale : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

 STATUTS *Ce document est commun à de nombreuses situations administratives et plusieurs rubriques peuvent ne pas concerner votre propre situation.*

* SALARIE

Type de contrat : [ ]  CDI [ ]  CDD [ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date d’embauche : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Temps plein : [ ]  Temps partiel [ ]

Nom et Adresse de l’entreprise :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du responsable à contacter : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Connaissez-vous le nom de l’OPCA de votre entreprise ? :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DEMANDEUR D’EMPLOI :

Organisme dont dépend votre Conseiller (Pôle Emploi, Mission Locale, PLIE…) :

Nom et Coordonnées du Conseiller :

N° d’identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Percevez-vous des indemnités ? [ ]  Oui [ ]  Non

 Chômage en continu : [ ]  1 an et + Chômage en discontinu : [ ]  12/18 mois

 [ ]  + de 3 ans [ ]  24/36 mois

Dernier emploi occupé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de fin du dernier contrat : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

* ALLOCATAIRE :

[ ]  RSA [ ]  Allocation d’Aide au Retour à l’Emploi (ARE)

[ ]  Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)

* AUTRES STATUTS

[ ]  Travailleur Handicapé : [ ]  Nom du référent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° COTOREP ou AGEFIPH :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Catégorie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Percevez-vous une pension d’invalidité ? : [ ]  Oui [ ]  Non

Avez-vous un suivi judiciaire ? : [ ]  Oui [ ]  Non

 NIVEAU SCOLAIRE

Dernière classe fréquentée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dernier diplôme obtenu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’obtention :\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[ ]  BEP/CAP/CFPA (V) [ ]  Licence/Maîtrise/Master(I)

[ ]  BEPC ou brevet des collèges (Vbis) [ ]  Ecole d’ingénieur (II)

[ ]  Attestation de fin d’études obligatoires (VI) [ ]  DEUG, DUT, BTS (III)

[ ]  Aucun [ ]  BAC techn. ou brevet technicien, Bac pro (IV)

[ ]  Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Bac général ou capacité en droit (IV)

 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Etes-vous mobile ? [ ]  Oui [ ]  Non

Avez-vous le permis ? [ ]  Oui [ ]  Non Possédez-vous un véhicule ? [ ]  Oui [ ]  Non

 VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type Contrat(CDD, CDI, CAE, CES, CEC, CQ, E.J...) | Emploi occupé | Nom de l’entreprise | Dates |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 LES FORMATIONS QUE VOUS AVEZ SUIVIES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intitulé de la formation | Organisme de formation | Dates |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 VOS OBSERVATIONS

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du candidat :

Date :\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 ESPACE RESERVE A L’ORGANISME DE FORMATION

Mentions particulières :

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

 Signature et Cachet de l’Organisme de Formation

Dossier reçu le : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Candidature : [ ]  Acceptée [ ]  Refusée

Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_