

TITRE DE LA FORMATION : Prépa AES en FOAD

Vu et/ou reçu le : Par :	Formation	Code stagiaire	
	Du : 09/11/2020	Code client	
	Au : 16/12/2020	Code action	
		Code inscription	
		Code convention	

I. Etat Civil	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Situation de Famille :
Nationalité : française <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Précisez :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Tél. Portable :	Tél. fixe :
Adresse mail :	
Inscription Pôle Emploi : Oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Depuis le :	
N° d'allocataire :	Agence :
Moyen de Transport :	Permis : Oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Type : Véhicule personnel : Oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Nature :
Etes-vous reconnu comme personne atteinte d'un handicap (MDPH) : Oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Observations :	
Je souhaite m'inscrire à la formation _____ dispensée par le GRETA.	
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier.	
Fait à :	Le _____ Signature :

Salarié : Oui NON

Si Oui

- CDI
 CDD
 Autres

Depuis le : / /

Du : / / au : / /

Du : / / au : / /

NOM de la structure :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

NOM du Contact :

Fonction :

Téléphone :

Si Non : Sans emploi depuis le : / /

Date du dernier CDD/CDI : / / Durée :

NOM et Adresse de la dernière entreprise :

II. Projet(s) Professionnel(s) :

2

III. Origine de la candidature :

Internet Presse Salon / Forum Bouche à oreille

Mission Locale Pôle Emploi PLIE

Autres Précisez :

NOM du conseil en évolution professionnelle (s'il y a lieu) :

IV. Identification

Numéro de Sécurité Sociale :

Carte de séjour N° :

Délivrée le : / / Validité :

V. Scolarité – Formation initiale

Date de fin de scolarité : le : //..... Dernière classe fréquentée :

Dernier établissement scolaire fréquenté :

Diplômes	Intitulé	Année	Etablissement
Diplômes ou titres obtenus			
Diplômes ou titres non obtenus			

VI. Emplois occupés précédemment

Dates	Mon activité	NOM et adresse de l'employeur	Activité principale de la structure

3

VII. Formation tout au long de la vie

Nom de la formation	Rémunération	Nom du centre de formation - Ville	Dates
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

VIII. Santé

RQTH Catégorie / Handicap :

L'intéressé(e) atteste réunir toutes les conditions requises pour suivre la formation sus visée. Une vérification préalable doit être effectuée auprès du secrétariat de l'action de formation.

IX. Parents ou tuteurs (pour les stagiaires mineurs)

	NOM et Prénom	Profession
Père		
Mère		
Tuteur		

Personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone :

X. Situation Sociale

Cocher la case correspondante

1. Difficultés

Financières

Logement

Emploi

Autre

2. Suivi éducatif (Préciser)

3. Suivi social (Préciser)

4. Ressources

Revenu de Solidarité Active

Pôle Emploi

ARE jusqu'au

ASS

Alloc Retour à l'Emploi

Alloc Spécifique Solidarité

Caisse d'Allocation Familiales

AAH

AL

AF

API

Pension d'Invalidité

Autres

4

XI. Employeur (en cas de contrat d'alternance)

NOM ou raison sociale :

Secteur d'activité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone Fixe :

Téléphone Portable :

Mail :

NOM du contact :

Fonction dans la structure :