

DOSSIER D'INSCRIPTION

Photo

Note préalable : Remplissez le plus précisément possible ce document. C'est à partir des informations que vous nous fournirez, que nous établirons votre dossier de prise en charge (protection sociale, indemnisation, rémunération) pendant votre formation.

FORMATION DEMANDEE :

.....

ANNEE SCOLAIRE :

Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?

NOM :

Mme/Melle/Mr

Nom de jeune fille

Prénom :

NAISSANCE :

Date : Lieu :

Département : n° Pays (précisez

NATIONALITE : Française Autre (précisez) :

ADRESSE :

Code postal : Ville :

Tél. : ou Portable

E-mail :

Hébergement au centre : oui non Je possède un ordinateur portable/tablette oui non

Permis de conduire oui non Je possède un véhicule oui non

1 - Renseignements administratifs :

Nom :

Nom de jeune fille : Prénom :

Adresse :: Tel : ___/___/___/___/___/___

Code postal : Ville :

N° sécurité sociale _____

régime général
 régime agricole
 autre régime (préciser)

Profession :

Situation familiale : Célibataire Marié Concubin Divorcé - nbre d'enfants à charge : ___Travailleur handicapé : non oui Reconnu(e) catégorie A B CService militaire : effectué du _____ au _____ sursitaire jusqu'au : _____ . exempté : _____**2 - FORMATION initiale (collège, lycée, formations par apprentissage)**

Dates	Adresse Etablissement	Diplôme préparé	Obtenu	
			OUI	NON
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				

3 - FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Dates	Lieu	Type de formation	Diplôme obtenu	
			OUI	NON
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				

4 - Vécu professionnel : EMPLOIS (les stages non rémunérés ne peuvent être pris en compte en tant qu'expérience professionnelle)

Dates	NOM et ADRESSE Employeur	Poste occupé	Type de contrat (1)
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			

(1) Contrat d'apprentissage - Contrat de qualification - CDD - CDI - CIE - CES - CEC - CA - CAE

5 - Situation actuelle :

Employeur :	
.....	
<input type="checkbox"/> salarié(e)	<input type="checkbox"/> si CDD : date début ___/___/___ - date fin : ___/___/___ <input type="checkbox"/> si CDI : depuis le : ___/___/___
<input type="checkbox"/> non salarié(e)	Nature de l'activité : depuis le : ___/___/___
<input type="checkbox"/> demandeur d'emploi	Date d'inscription : ___/___/___ N° d'identifiant ANPE..... Indemnisé ASSEDIC : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui : <input type="checkbox"/> ARE. <input type="checkbox"/> fin de droits <input type="checkbox"/> solidarité <input type="checkbox"/> insertion
<input type="checkbox"/> RMI	Depuis le : ___/___/___ le perçoit : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

6 - Motivation de la demande :

Je soussigné(e)certifie l'exactitude des renseignements donnés dans ce formulaire d'inscription et pose ma candidature à l'entrée en formation intitulée :

Fait à le ___/___/___ signature

Partie réservée à l'administration

Stagiaire : Nom Prénom
Formation

STAGIAIRE REMUNERE
 ASP RS1 P2S Montant de prise en charge
 DDTE RS1 RSP
 ASSEDIC AFR RSP
Protection sociale assurée par

STAGIAIRE INDEMNISE
 ASP P2S
Protection sociale assurée par

STAGIAIRE NON INDEMNISE – NON REMUNERE
Protection sociale assurée par

SALARIE EN CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION
Raison sociale de l'employeur :
Nom : Prénom :
.....
Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____
Ville :
Code postal :
Fond Assurance formation financeur :
Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____
Ville :
Code postal :

Formation en alternance : Contrat de qualification - Contrat d'apprentissage
Raison sociale de l'employeur :
Nom : Prénom :
.....
Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____
Ville :
Code postal :
Fond Assurance formation financeur :
Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____
Ville :
Code postal :

AUTRE STATUT :
Protection sociale assurée par