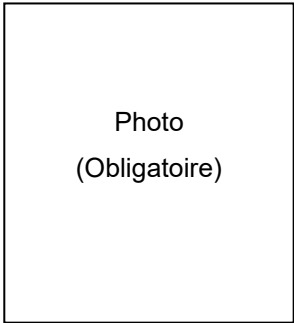


Fiche d'inscription

BPJEPS ASEC & CC DACM

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

- BPJEPS ASEC Lieu :
- CCDACM



Etat civil

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Département de naissance : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Mail :@.....

Téléphone portable :

Etes-vous en situation de handicap ? Oui Non

Si oui, merci de préciser (si celui-ci nécessite une adaptation de la formation) :
.....

Quel est votre moyen de transport :

Situation de famille : Nombre d'enfants : Age des enfants :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Situation du candidat

Salarié·e

Profession : Fonction précise :

Type de contrat : CDI CDD Autre :

Structure :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail :@.....

Téléphone portable :

Demandeur·se d'emploi

Depuis le / / Identifiant :

Dernier emploi exercé (profession et/ou fonction) :

Etes-vous bénéficiaire de l'ARE Oui Non Si oui, date d'inscription / /

Etes-vous suivi·e par une Mission Locale ? Oui Non Si oui, date d'inscription / /

Nom et adresse de votre référent Pôle emploi et/ou Mission Locale :
.....
.....

Fiche d'inscription

BPJEPS ASEC & CC DACM



Formation & diplômes (merci de joindre les copies)

BAFD :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours	CCDACM :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
CQP AP :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		CPJEPS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
BPJEPS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		DEJEPS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
UC BPJEPS :	<input type="checkbox"/> UC1	<input type="checkbox"/> UC2	<input type="checkbox"/> UC3	<input type="checkbox"/> UC4	DESJEPS :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
BPJPES :	<input type="checkbox"/> LTP	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> EEDD	<input type="checkbox"/> Activité du cirque		
<input type="checkbox"/> Autre :						

Dernière classe scolaire suivie : Année scolaire :/.....
Dernier diplôme obtenu : Année d'obtention :

Financement de la formation

<input type="checkbox"/> Prise en charge par l'employeur	<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Pôle emploi (AIF, AIRE)
<input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation	<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Transition pro
<input type="checkbox"/> Financement individuel	<input type="checkbox"/> Autre dispositif :	

Dans le cas d'une prise en charge de l'employeur ou d'un contrat d'apprentissage, merci d'indiquer le nom et la fonction de la personne signataire de la convention ainsi que le nom de la structure et le cachet de l'employeur.

Signataire de la convention :

Nom : Prénom : Fonction :
Téléphone : Courriel :
Nom de la structure :

Personne contact :

Nom : Prénom : Fonction :
Téléphone : Courriel :
Nom de la structure :

Fait à, le

Signature du candidat

Cachet et signature de l'employeur