

DOSSIER D'INSCRIPTION STAGIAIRE- Vers. 20.1 du 09/06/2020

PHOTO



Saint Martin
78-81 Howell Center - Marigot
97150 SAINT MARTIN
Tél.: 05 90 87 30 88
Fax : 05 90 27 63 91



Pointe à Pitre
102 Centre Saint John Perse
Quai F. de Lesseps
97110 POINTE A PITRE
Tél.: 05 90 93 06 30
Fax : 05 90 89 09 93

MERCI DE BIEN VOULOIR RENSEIGNER LA PRESENTE FICHE LE PLUS COMPLETEMENT POSSIBLE CAR ELLE SERVIRA LORS DE VOTRE ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LA RESPONSABLE PEDAGOGIQUE. VOUS POUVEZ NOUS L'ENVOYER PAR COURRIER OU PAR MAIL.

■ VOTRE ETAT CIVIL

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

SI MOINS DE 26 ANS : COCHEZ

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE :

MAIL :

AVEZ-VOUS UN VEHICULE PERSONNEL ? OUI NON

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Divorcé (é)

NOMBRE D'ENFANTS :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :

NOM : TEL :

■ VOTRE NIVEAU SCOLAIRE ET QUALIFICATION

FIN D'ÉTUDE PRIMAIRE BNC BEP /CAP BP BAC BTS SUPERIEUR

INTITULE DU (DES) DIPLOME(S) OBTENU(S) :

■ VOTRE STATUT

VOUS ÊTES ?

SALARIÉ(E) DEMANDEUR (SE) D'EMPLOI AUTRE

Si Autre (PRÉCISEZ)

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com

■ SI DEMANDEUR (SE) D'EMPLOI

NUMERO IDENTIFIANT POLE EMPLOI

AGENCE POLE EMPLOI A LAQUELLE VOUS ETES
RATTACHE(e) :

NOM DU CONSEILLER

DATE D'INSCRIPTION A POLE EMPLOI
(fournir un relevé d'inscription)

PERCEVEZ-VOUS UNE RÉMUNÉRATION DE POLE EMPLOI ? (SI OUI LAQUELLE) OUI NON

ETES VOUS BENEFICIAIRE DU RSA OUI NON

■ VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

QUEL ETAIT VOTRE DERNIER EMPLOI ?

FONCTION :

■ AUTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

| DATE DEBUT | DATE DE FIN | ENTREPRISE | FONCTION |
|------------|-------------|------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

■ SI SALARIE(E)

NOM DE LA SOCIÉTÉ OU ETABLISSEMENT

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉL. :

FAX. :

MAIL :

VOTRE FONCTION :

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPERIENCE :

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com

■ FORMATION OU ACCOMPAGNEMENT CONCOURS SOUHAITE(E)

TITRES HOMOLOGUES INSCRITS AU RNCP

| INTITULE | NIVEAU | TYPE DE FORMATION | |
|--|--------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AGENT DE PROPRIETE ET D'HYGIENE | 3 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> ASSISTANTE DE VIE AUX FAMILLES | 3 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> ASSISTANTE DE VIE AUX FAMILLES – CCS HANDICAP | 3 | <input type="checkbox"/> INITIAL | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTANTE DE DIRECTION | 5 | | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> CHARGE D'ACCUEIL TOURISTIQUE ET DE LOISIRS | 4 | | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> COMPTABLE ASSISTANT(E) | 4 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> CONSEILLER EN INSERTION PROFESSIONNELLE | 5 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> EMPLOYE ADMINISTRATIF ET D'ACCUEIL | 3 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> EMPLOYE COMMERCIAL EN MAGASIN | 3 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> GESTIONNAIRE COMPTABLE ET FISCAL | 5 | | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> GESTIONNAIRE DE PAIE | 5 | | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> GESTIONNAIRE DE PETITE ET MOYENNE STRUCTURE | 5 | | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> NEGOCIATEUR(TRICE) TECNICO COMMERCIAL | 5 | <input type="checkbox"/> INITIAL | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> SECRETAIRE ASSISTANTE | 4 | <input type="checkbox"/> INITIAL | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |
| <input type="checkbox"/> SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE - SAMS | 4 | <input type="checkbox"/> INITIAL | |
| <input type="checkbox"/> SECRETAIRE MEDICALE - VIDAL | 4 | | <input type="checkbox"/> ALTERNANCE |

ACOMPAGNEMENT PARCOURSUP, ENTREE EN ECOLES et INSTITUTS

Filière Sociale : Moniteur – Educateur, Assistante de Services Sociaux, Educateur Spécialisé, Educateur Spécialisé, Educateur de Jeunes Enfants

Filière Sanitaire : Infirmier(e), Orthophoniste, Psychomotricien, Aide-Soignant, Auxiliaire de puériculture

■ VOTRE MOTIVATION – VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

DECRIEZ EN QUELQUES LIGNES, LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ SUIVRE CETTE FORMATION, EN TERMES DE MOTIVATION, D'OBJECTIF PROFESSIONNEL OU DE PROJET DE VIE.

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com

A JOINDRE AU DOSSIER

Réservé à
l'Administration

| | |
|--|--------------------------|
| Le dossier d'inscription rempli et signé | <input type="checkbox"/> |
| Une lettre de motivation | <input type="checkbox"/> |
| Si demandeur d'emploi : une attestation des périodes d'inscription | <input type="checkbox"/> |
| Si bénéficiaire du RSA : une attestation | <input type="checkbox"/> |
| Si reconnaissance travailleur handicapé(e): un avis de la COTOREP | <input type="checkbox"/> |
| Un curriculum vitae | <input type="checkbox"/> |
| Deux photos | <input type="checkbox"/> |
| Copie des diplômes | <input type="checkbox"/> |
| Copie des certificats de travail | <input type="checkbox"/> |
| Copie de la carte d'identité recto/verso | <input type="checkbox"/> |

Frais de dossier de 75€ (non remboursable) :

Par chèque bancaire libellé à l'ordre d'IFACOM FORMATION ou Mandat Cash ou Carte Bleue
ou Virement RIB IFACOM :

Domiciliation :

CMCIFR2A

IBAN

FR76 1027 8053 6000 0204 2980 128

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

- OPCO
- INDIVIDUELLE
- CPF PTP
- POLE EMPLOI

- REGION
- CCAS
- DICS
- AUTRES

Fait à

LE :

SIGNATURE

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Reçu le :/...../.....

Dossier complet : OUI

NON

Vérifié par :

Date de convocation aux tests :/...../.....

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com