

FICHE SIGNALÉTIQUE STAGIAIRE- mise à jour au 14 Novembre 2019

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 D'IFACOM. VOUS POUVEZ NOUS L'ENVOYER PAR COURRIER OU PAR MAIL.

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 :

NOM ET N° DE TELEPHONE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :
.....

■ 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
(PRÉCISEZ)
.....
.....

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com

SI DEMANDEUR (SE) D'EMPLOI

N°IDENTIFIANT POLE EMPLOI :

ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DE POLE EMPLOI Auquel VOUS ETES RATTACHE(e) :

.....
.....

DEPUIS QUAND ETES VOUS INSCRIT A POLE EMPLOI ?.....

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

OUI NON

ETES VOUS BENEFICIAIRE DU RSA ?

NOM DU CONSEILLER :

■ VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

QUEL ETAIT VOTRE DERNIER EMPLOI : _____

AUTRES EXPERIENCES

DATE DEBUT	DATE DE FIN	ENTREPRISE	FONCTION

SI SALARIE

NOM DE SOCIÉTÉ OU ETABLISSEMENT :

ADRESSE :
.....
.....

CODE POSTAL : □□□□□ VILLE :

Tel. : □□□□□□□□□□ Fax : □□□□□□□□□□

MAIL :

VOTRE FONCTION :

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPERIENCE :

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com

■ FORMATION OU PREPA CONCOURS SOUHAITEE

TITRES HOMOLOGUES INSCRITS AU RNCP

INTITULE	NIVEAU	TYPE DE FORMATION	
<input type="checkbox"/> ASSISTANTE DE VIE AUX FAMILLES	V	<input type="checkbox"/> INITIAL	<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> COMPTABLE GESTIONNAIRE	III		<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> SECRETAIRE MEDICALE - VIDAL	IV		<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> SECRETAIRE ASSISTANTE	IV	<input type="checkbox"/> INITIAL	<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> ASSISTANTE DE DIRECTION	III		<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE - SAMS	IV	<input type="checkbox"/> INITIAL	<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> GESTIONNAIRE DE PAIE	III		<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> GESTIONNAIRE DE PETITE ET MOYENNE STRUCTURE	III		<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> NEGOCIATEUR(TRICE) TECHNICO COMMERCIAL	III	<input type="checkbox"/> INITIAL	
<input type="checkbox"/> (C.A.S.S) COMPTABLE ADMINISTRAT. SANIT. SOCIAL	IV	<input type="checkbox"/> INITIAL	<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> COMPTABLE ASSISTANT(E)	IV	<input type="checkbox"/> INITIAL	<input type="checkbox"/> ALTERNANCE
<input type="checkbox"/> AGENT D'ACCUEIL TOURISTIQUE	V	<input type="checkbox"/> INITIAL	<input type="checkbox"/> ALTERNANCE

PREPARATION AUX CONCOURS PARAMEDICAUX ET SOCIAUX

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) | <input type="checkbox"/> Ambulancier |
| <input type="checkbox"/> Manipulateur en Electroradiologie Médicale (ERM) | <input type="checkbox"/> Accompagnant Educatif et Social (AES) |
| <input type="checkbox"/> Masseur – Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) |
| <input type="checkbox"/> Moniteur - Educateur | <input type="checkbox"/> Assistante de Services Sociaux |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Puériculture |
| <input type="checkbox"/> Pédicure – Podologue | <input type="checkbox"/> Educateur de Jeunes Enfants |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Educateur Spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Technicien d'Analyse Biomédicale | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |

PREPARATION AUX CONCOURS FONCTION PUBLIQUE D'ETAT ET/OU TERRITORIALE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adjoint Administratif Territorial | <input type="checkbox"/> Attaché Concours Externe |
| <input type="checkbox"/> Gardien de la Police Municipale | <input type="checkbox"/> Rédacteur Concours Externe |
| <input type="checkbox"/> Adjoint Administratif de l'Etat | <input type="checkbox"/> Agent de Constatation des Douanes |
| <input type="checkbox"/> Concours Commun FP Catégorie C | <input type="checkbox"/> Gardien de la Paix |
| <input type="checkbox"/> Sous-Officier de la Gendarmerie | <input type="checkbox"/> Surveillant Pénitentiaire |

■ 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 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 :	IBAN
CMCIFR2A	FR76 1615 9053 6000 0204 2980 131

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

- OPCO
 INDIVIDUELLE
 CPF PTP
 POLE EMPLOI

- REGION
 CCAS
 DICS
 AUTRES

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Reçu le :/...../.....

Dossier complet : OUI NON

Vérifié par :

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

FAIT A.....

LE :/...../.....

SIGNATURE

Retrouvez toute notre information sur www.ifacom.com