

FICHE DE CANDIDATURE APPRENTI.E

CENTRE DE FORMATION D'APPRENTIS SPECIALISE – LADAPT VAR

DATE : / /

CANDIDATURE A LA FORMATION DE :

M Mme Mlle

NOM de naissance :

NOM d'usage :

PRENOMS :

Né(e) le : / / Ville :

Dépt : Pays : Nationalité :

Tél Portable : Tél Fixe :

E-mail :

N° de Sécurité sociale :

Régime de sécurité sociale : MSA CPAM

Mineur Majeur

Si mineur, nom et coordonnées du responsable légal :

Adresse de l'apprenti pendant la formation au CFA

N° et Rue :

Complément d'adresse :

CP : Ville :

L'entreprise employeur a-t-elle été trouvée : OUI NON

Si OUI, quel est le nom de l'entreprise ? :

Adresse du siège :

Quel sera le site de rattachement de l'apprenti.e ? :

Le contrat de travail a-t-il été signé : OUI NON EN COURS

Personne à contacter éventuellement dans l'entreprise :

NOM : Prénom :

Fonction :

Tél : Mail :

FORMATION & SCOLARITE

Dernier diplôme obtenu :

Diplôme le plus élevé obtenu :

Le candidat a-t-il déjà été apprenti : OUI NON

Si OUI, Dans quel établissement :

En quelle(s) année(s) : Dans quelle formation :

.....

Si apprenti précédemment scolarisé, nom du dernier établissement scolaire fréquenté :

.....

Si apprenti précédemment non scolarisé, nature de l'activité exercée :

.....

.....

.....

Langues vivantes pratiquées :

Anglais Niveau

Allemand Niveau

Espagnol Niveau

Italien Niveau

..... Niveau

INFORMATIONS

Reconnaissance RQTH : OUI NON En cours

Retentissements du handicap :

.....

.....

Selon le candidat :

Le poste de travail en entreprise nécessite-t-il un aménagement ?

OUI NON Non évalué

Le poste de travail en CFA nécessite-t-il un aménagement ?

OUI NON Non évalué

Les déplacements de l'apprenti nécessitent-ils des dispositions particulières ?

OUI NON Non évalué

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

Dossier suivi par un conseiller ? oui non

Nom et coordonnées du conseiller : :

Demande effectuée le :

Signature du candidat ou du responsable légal :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Tests d'admission passés le : Avis : OUI NON

Entretien motivationnel passé le : Avis : OUI NON

Entretien médical passé le : Avis : OUI NON

Avis favorable par rapport à la demande : OUI NON

Réorientation éventuelle proposée :

.....