

DOSSIER D'INSCRIPTION

A n n é e 2 0 1 9 - 2 0 2 0

**FORMATION
CHOISIE :**

- CQP – responsable de vente en poissonnerie (*Formation professionnelle – Contrat de pro.*)
- BAC PRO - poissonnier écailler traiteur (*Apprentissage*)
- CAP - poissonnier écailler (*Apprentissage*)
- CAP – poissonnier écailler en 1 an (*Formation professionnelle – Contrat de professionnalisation*)
- CAP - Crémier Fromager (*Apprentissage*)
- CAP - Primeur (*Apprentissage*)
- CQP - vendeur marée (*Formation professionnelle – Contrat de professionnalisation*)

APPRENTI(E) / STAGIAIRE

Mme M

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Téléphone :

Ville : Adresse Mail :

Date de naissance : Nationalité :

Ville de naissance : N° de Sécurité Sociale :

Code Postal :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

*AMIS, CONJOINT, PARENTS... POUR TOUS LES CANDIDATS
REPRESENTANT LEGAL POUR L'APPRENTI(E) MINEUR(E)*

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse personnelle : Adresse personnelle :

.....

Code Postal : Code Postal :

Ville : Ville :

Tél. : Tél. :

Adresse Mail : Adresse Mail :

Profession : Profession :

PARCOURS DE FORMATION

DERNIER ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE

Collège Lycée CFA Autre (préciser) :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Dernière classe fréquentée : Spécialité :

Diplôme obtenu : Année :

Diplôme obtenu : Année :

Date de sortie du système scolaire : (si vous n'êtes plus scolarisé(e))

Votre situation en 2017 – 2018 : Salarié Demandeur d'emploi Autres :

Votre situation actuelle : Salarié Demandeur d'emploi Autres :

FORMATION PROFESSIONNELLE (Avez-vous suivi des formations ?) Oui Non

Nom de la formation : Organisme : année :

Nom de la formation : Organisme : année :

Nom de la formation : Organisme : année :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'apprenti(e) bénéficie-t-il (elle) d'une reconnaissance de handicap ? Oui Non

(si oui : joindre la copie du document de reconnaissance de Travailleur handicapé)

L'apprenti(e) suit-il (elle) un traitement médical ? Oui Non

Si oui lequel ?

L'apprenti(e) est-t-il (elle) allergique à certains médicaments : Oui Non

Si oui, de quel(s) médicament(s) s'agit-il ?

Est-il (elle) Sujet(e) à : Crise de tétanie Crise d'asthme
 Crise d'épilepsie Crise de diabète
 Crise de spasmophilie Autres (préciser) :
 Aucune pathologie connue

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Avez-vous déjà effectué des stages en entreprise ? - Poissonnerie ou rayon marée <input type="checkbox"/> - Commerce - service <input type="checkbox"/> - Métier de bouche <input type="checkbox"/> - Autres <input type="checkbox"/> <i>(préciser)</i>	Nom de la ou des entreprises et durée :
Etes-vous apprenti(e) ou avez-vous déjà été apprenti(e) : - Poissonnerie ou rayon marée <input type="checkbox"/> - Commerce - service <input type="checkbox"/> - Métier de bouche <input type="checkbox"/> - Autres <input type="checkbox"/> <i>(préciser)</i>	Nom de la ou des entreprises et durée :
Avez-vous déjà travaillé : - Poissonnerie ou rayon marée <input type="checkbox"/> - Commerce - service <input type="checkbox"/> - Métier de bouche <input type="checkbox"/> - Autres <input type="checkbox"/> <i>(préciser)</i>	Nom de la ou des entreprises et durée :

Avez-vous trouvé un employeur pour l'alternance 2018 - 2019

Si oui, veuillez indiquer son nom, son adresse et son téléphone :

.....

Etes-vous suivi par un(e) conseiller(ère) ?

<input type="checkbox"/> Mission locale	Nom de votre conseiller(ère) :
<input type="checkbox"/> Pôle emploi	Tél : Mail :
<input type="checkbox"/> Autre :	Nom de la structure :
.....	Adresse :

Fait à :

Date

Signature

(Signature du représentant légal pour les apprentis mineurs)

MERCI DE VERIFIER QUE VOTRE DOSSIER EST BIEN COMPLET

Votre inscription est conditionnée par un dossier complet (informations et documents)

Comment avez-vous connu le CFA du MIN de Rungis ?

<input type="checkbox"/> Salon, forum <i>lequel ?</i> <input type="checkbox"/> CIO, <i>lequel ?</i> <input type="checkbox"/> Pôle Emploi, Mission Locale, <input type="checkbox"/> Un de vos enseignants, <i>quel établissement ?</i>	<input type="checkbox"/> Presse ou guide de l'orientation, <i>lequel ?</i> <input type="checkbox"/> Le bouche à oreille (<i>famille, amis, employeur</i>) <input type="checkbox"/> Internet, <i>quel site ?</i> <input type="checkbox"/> Autre :
--	---

Pièces à joindre au dossier <i>Apporter les documents originaux. Les photocopies sont faites au CFA</i>	Pièces demandées	Contrôle par le CFA
Carte d'identité ou carte de séjour	X	<input type="checkbox"/>
2 photos d'identité récentes	X	<input type="checkbox"/>
Attestation de sécurité sociale et Carte Vitale	X	<input type="checkbox"/>
Attestation de Responsabilité civile (assurance scolaire)	X	<input type="checkbox"/>
ou Attestation de recensement Certificat de participation à la journée d'appel	X	<input type="checkbox"/>
Bulletins scolaires de la dernière année de scolarité	X	<input type="checkbox"/>
Diplômes obtenus et / ou Attestations de stages	X	<input type="checkbox"/>
Autorisation de sortie en cas de modification de planning	pour les apprentis mineurs	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae	X	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation	X	<input type="checkbox"/>
Document(s) complémentaire(s)		<input type="checkbox"/>

Suivi administratif et pédagogique du dossier

(Cadre réservé à l'administration du CFA)

Dossier reçu le :	Candidature acceptée <input type="checkbox"/>
Dossier complet le :	Candidature refusée <input type="checkbox"/>
Observations :	