

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

FORMATION SOUHAITÉE

COMMERCE :

- CAP Équipier Polyvalent du Commerce
 BAC PRO Métiers du Commerce et de la Vente
 BTS Management Commercial Opérationnel

GESTION :

- BTS Gestion de la PME

TITRE PROFESSIONNEL :

- Commerce / Gestion / Comptabilité / Tourisme

ESTHÉTIQUE :

- CAP Esthétique Cosmétique Parfumerie
 BP Esthétique Cosmétique Parfumerie

PETITE ENFANCE :

- CAP Accompagnement Éducatif Petite Enfance
 1 an 2 ans

Photo du
candidat

ÉTAT CIVIL DU CANDIDAT

NOM USUEL : NOM DE NAISSANCE :

Prénoms :

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance :

Nationalité : Lieu de naissance :

Situation familiale : Célibataire Marié(e)/Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf/ve En couple

N° SS de l'apprenant : Nombre d'enfants :

Adresse :

Département de naissance : Code Postal :

N° téléphone : VILLE :

Mail de l'apprenant :

RENSEIGNEMENT(S)

Quel est votre moyen de locomotion ? Etes-vous titulaire du permis de conduire ? Oui Non En cours

A quelle date estimez-vous l'obtenir ? A combien de KMS de votre domicile pouvez-vous travailler ?

Avez-vous des soucis de santé ? Oui Non

Précisez :

Etes-vous en situation de handicap ? Oui Non

Bénéficiez-vous d'un : PPRE PAP PAI MDPH RQTH

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement d'examen ? Oui Non

Avez-vous des difficultés d'apprentissage ? Oui Non

Précisez :

Quel est votre niveau en langues ?

LV1 : Niveau : Débutant Moyen Confirmé

LV2 : Niveau : Débutant Moyen Confirmé

Quelle est votre situation actuelle ?

- Scolaire Initiative individuelle Orientation Mission Locale
 Structure d'insertion (mission locale, ...) Orientation employeur Orientation PLIE / ADEFI
 Inscrit à France Travail ; n° IDE : Orientation France Travail Orientation CAP Emploi
 Salarié(e)
 Autre :

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

VOTRE CURSUS

Diplôme(s) / Spécialité(s)	Année d'obtention	Établissement(s) fréquenté(s)	Parcours
			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Alternance
			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Alternance
			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Alternance

VOS OBJECTIFS DE PROJET

Quel est votre projet professionnel ?

.....

.....

Expliquez en quelques lignes les points forts et les points faibles de votre candidature ?

.....

.....

Avez-vous déjà une entreprise d'accueil ? Si oui laquelle ?

.....

.....

Etes-vous prêts à vous adapter aux contraintes de l'alternance ? (rythme, déplacement, horaires, vacances)

.....

.....

.....

Comment avez-vous connu le centre AREP / UFA Saint Joseph ?

- Site internet du groupe scolaire Réseaux sociaux Moteurs de recherche Salon / Forum / Journée porte ouverte
 Bouche à oreille Etablissement scolaire Autre :

VOS AUTRES CANDIDATURES

Diplôme(s) et/ou Spécialité(s) visés	Établissement(s) souhaité(s)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

RENSEIGNEMENTS DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

	Père ou Responsable	Mère ou Responsable
NOM USUEL		
NOM DE NAISSANCE		
Prénoms		
Date de naissance		
Situation familiale		
Adresse N° + Rue		
CP / VILLE		
Coordonnées téléphoniques		
Adresse Mail		
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse N° + Rue		
CP / VILLE		
Coordonnées téléphoniques		

Lieu principal de résidence du candidat Chez les parents Chez le père Chez la mère

Si autre, chez qui ?

NOM : Prénom :

Adresse :

CP VILLE :

Téléphone : Adresse électronique :

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CONSTITUTION DU DOSSIER

- | | |
|---|---|
| Attestation de responsabilité civile..... <input type="checkbox"/> | Une photo d'identité <input type="checkbox"/> |
| Copie de la carte d'identité..... <input type="checkbox"/> | Carte de SS <u>de l'apprenant</u> ou attestation de droits SS <input type="checkbox"/> |
| Copie du casier judiciaire vierge..... <input type="checkbox"/> | Copie du diplôme le plus élevé / dernier bulletin de notes <input type="checkbox"/> |
| Un curriculum vitae <input type="checkbox"/> | Une lettre de motivation pour l'alternance* <input type="checkbox"/> |
| Copie du dernier contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> | Notification <input type="checkbox"/> PPRE <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> RQTH |
| Attestation d'inscription France Travail <input type="checkbox"/> | Justificatif de domicile de moins de 3 mois..... <input type="checkbox"/> |
| Fiche santé sécurité de l'apprenant..... <input type="checkbox"/> | Autorisation de droit à l'image..... <input type="checkbox"/> |
| Attestation de recensement ou Journée de Défense et de Citoyenneté (JDC) <input type="checkbox"/> | |

* Il ne s'agit pas d'une lettre de motivation pour entrer en formation mais d'une lettre de motivation pour trouver une entreprise en alternance.
Parmi les éléments de notation :
- Expression d'une réelle motivation de la part du candidat (expériences antérieures) ;
- Expression d'une personnalité : quelles activités dans la vie en dehors de l'école (sportives, bénévoles, stages, expériences professionnelles), quelles passions ? Quelles qualités personnelles en lien avec la profession.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies dans le cadre de votre inscription à la formation sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'AREP et l'UFA ETAPLES. Cet enregistrement permet d'informer, accompagner et documenter chaque apprenant tout au long de son parcours (Décret n° 2015790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue). Ces informations sont conservées pendant 5 ans, et sont destinées aux services administratifs de l'AREP et l'UFA ETAPLES concernés pour traiter chaque évaluation et chaque parcours de formation. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les faire rectifier ou nous questionner sur la protection de ces données en contactant par courrier recommandé : Me Dubois, Directrice, Déléguée à la protection des données – AREP/UFA ETAPLES. 30 RUE DES BERCEAUX 62630 ETAPLES SUR MER.

Ces informations constituent des éléments du contrat, en signant, vous attestez sur l'honneur l'exactitude de la sincérité des informations fournies.

Signature du candidat

Signature des parents si le candidat est mineur

ATTENTION TOUS LES DOSSIERS INCOMPLETS SERONT REFUSES (INFORMATIONS ET DOCUMENTS)

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Date de l'entretien avec le centre :

Dossier complet :

- OUI
 NON

Observation :

- Individualisation du parcours
 Adaptation pédagogique nécessaire

Avec :

Commentaires :

.....
.....

Transmission du dossier au référent handicap

Autre :

Avis :

FAVORABLE

DÉFAVORABLE

FICHE SANTÉ SÉCURITÉ DE L'APPRENANT

Document confidentiel à remettre à l'Administration

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom et prénom de l'apprenant :

.....

Né(e) le : à : Dépt :

Adresse :

☎ :

Nom et prénom du Responsable légal (père) – apprenant mineur :

.....

Profession :

☎ :

Situation familiale :

Nom et prénom du Responsable légal (mère) – apprenant mineur :

.....

Profession :

☎ :

Situation familiale :

Difficulté familiale particulière :

Personne à prévenir rapidement en cas de souci :

Nom et Prénom.....

Qualité (parent, voisin, employeur ...) :

Téléphones obligatoires :

Domicile : Portable : Travail :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'APPRENANT/E PRÉSENTE-T-IL/ELLE

- 1) un souci de santé, si oui lequel ?..... OUI NON
- 2) une difficulté d'apprentissage, si oui
laquelle ?..... OUI NON
(Dyslexie, dysphasie ...)
- La difficulté d'apprentissage est-elle suivie, si oui par qui ?..... OUI NON
(Dossier MDPH, PAP ou autre) :
- 3) une allergie, si oui laquelle ?..... OUI NON
- 4) d'autres soucis de santé que vous souhaiteriez signaler :
- 5) suit-il (elle) un traitement régulièrement ?..... OUI NON
(Fournir ordonnance à la rentrée)

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Monsieur et/ou Madame autorisons les services hospitaliers, en cas d'urgence, à faire pratiquer sur notre enfant toute intervention chirurgicale jugée nécessaire.

Je soussigné(e) autorise les services hospitaliers, en cas d'urgence, à organiser toute intervention chirurgicale jugée nécessaire sur ma personne.

Il est obligatoire de signaler tout nouveau souci de santé pendant l'année en cours

En cas d'urgence, un apprenant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un apprenant mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.

DATE : .../.../...

**Signatures des responsables légaux (si
apprenant/e mineur/e)**

Signature de l'apprenant/e