CAMPUS DES MÉTIERS
SAINTE CROIX - SAINT EUVERTE
ORLÉANS

FORMATION CONTINUE

DOSSIER DE CANDIDATURE

Nom :

Prénom :

Intitulé de la formation souhaitée :

Le dossier d'inscription complet est à transmettre au

Secrétariat CFA/CFC SCSE – 28 Rue de l'Etelon - 45000 ORLEANS

sfc@scse.fr

Cadre réservé à l'Administration
Date de réception de dossier :
Date d'entretien :
Décision suite à l'entretien :

CAMPUS DES MÉTIERS
SAINTE CROIX . SAINT EUVERTE
ORLEANS

INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Non genré

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Né(e) le : Ville de naissance :

Département de naissance : Nationalité :

Pays de naissance :

Adresse domicile :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel :

N° Sécurité Sociale :

J'autorise SCSE à me transmettre des informations administratives et pédagogiques :

Par SMS ☐ Oui ☐ Non Par Courriel ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Êtes vous en situation de handicap (PSH) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements d'épreuves d'examen ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles ☐ PPS ☐ PAP ☐ PAI ☐ Autre

Autorisez-vous le Centre de formation à prévenir l'entreprise, avec laquelle vous signerez votre contrat, de votre situation (PSH, RQTH, PPS mis en place) ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous faire une demande d'aménagements d'épreuves aux examens : ☐ Oui ☐ Non

Vous souhaitez nous informer d'une situation particulière qui vous concerne et qui nécessiterait un aménagement personnalisé durant votre formation :

ALTERNANT MINEUR *(à remplir obligatoirement par le responsable légal)*

Nom et Prénom du Responsable Légal :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (à préciser

En qualité de :

N° et Rue :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel :

Je soussigné(e) Représentant légal

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

L'apprenti

à quitter l'établissement en cas d'absence d'un formateur ou de changement d'emploi du temps.

Date : Signature :

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ En activité / profession actuelle

☐ Demandeur d'emploi : ☐ + d'1 an ☐ - d'1an ☐ N° d'identifiant Pôle emploi

☐ Scolaire N° **I**dentifiant **N**ational **E**lève* :

Département scolarisation précédente :

☐ Autres A préciser :

Figure sur les bulletins, certificat de scolarité, EXEA de sortie

QUEL EST VOTRE PROJET PROFESSIONNEL ET/OU DE FORMATION ?

TYPE DE FINANCEMENT

☐ Financement public (Région / Pôle emploi) ☐ CPF ☐ CPF de transition

☐ Dévelopement des compétences (par votre entreprise) ☐ Individuel

☐ Contrat de professionnalisation (P) ☐ Contrat d'apprentissage (A)

☐ Autres :

Avez-vous déjà une entreprise pour votre alternance ?

☐ Oui ☐ Non ☐ en attente d'une réponse définitive

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

Personne à contacter :

DIPLOMES OBTENUS

☐ Brevet des Collèges ☐ CAP/BEP ☐ Brevet Professionnel ☐ BTS

☐ Bac Général ☐ Bac Professionnel ☐ Bac Technologique ☐ Licence

Intitulé du dernier diplôme obtenu :

☐ Autre diplôme ou titre ou autre certification :

Année :

CONSTITUTION DU DOSSIER

Fournir les pièces suivantes et les insérer dans le dossier :

☐ Curriculum Vitae ☐ Lettre de motivation (manuscrite ou numérique)

☐ 1 photo d'identité ☐ Copie du dernier relevé de notes

☐ Copie attestation sécurité sociale ☐ Attestation Journée Défense et Citoyenneté

☐ Reconnaissance travailleur handicapé

☐ Copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité (ou passeport, carte de séjour…)

☐ Attestation Pôle Emploi si vous êtes demandeur d'emploi