



## DOSSIER D'INSCRIPTION EN FORMATION Injecteurs Common Rail

### Coordonnées personnelles

Nom : .....	Prénom : .....	
Né(e) Mlle : .....	Date de naissance : .....	
Lieu de naissance : .....	Nationalité : .....	
Justificatif identité en cours de validité :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Brevet / Permis bateau :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Adresse : .....		
Ville : .....	Code postal : .....	
Téléphone : .....	Courriel : .....	
Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, contact téléphonique) : .....		
Êtes-vous concerné(e) par un handicap ?	<input type="checkbox"/> Déficience motrice	
	<input type="checkbox"/> Maladie invalidante	
	<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	
	<input type="checkbox"/> Déficience auditive	
	<input type="checkbox"/> Handicap mental	
	<input type="checkbox"/> Handicap psychique	
	<input type="checkbox"/> Multi handicaps	
Autre handicap (précisez) : .....		
Je souhaite recevoir par mail des informations sur l'actualité des formations à l'issue de ce parcours : <input type="checkbox"/>		

### Coordonnées professionnelles

Employeur : .....	
SIRET : .....	Code NAF/APE : .....
Secteur d'activité : .....	Fonction occupée : .....
Adresse : .....	
Ville : .....	Code postal : .....
Téléphone : .....	Courriel : .....

## Parcours formatif

Niveau d'étude :	
Diplômes et certifications obtenus (avec date d'obtention)	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

## Utilisation de l'informatique

Savez-vous utiliser un ordinateur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Savez-vous envoyer et recevoir du courrier électronique (mail) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous accès à un ordinateur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## Motivations de candidature

Pourquoi désirez-vous participer à cette formation ? : ..... ..... ..... .....
--

## Envoi ou remise du dossier de candidature

<input type="checkbox"/>	Dans un dossier sur le cloud mis à disposition par le CFEMF ou par courriel	<input type="checkbox"/>	Envoi à mon adresse personnelle
<input type="checkbox"/>	Remis en main propre	<input type="checkbox"/>	Envoi à mon adresse professionnelle

Points de vigilance relevés, dont les difficultés éventuelles liées au handicap, lors de l'entretien des prérequis avec le participant et date de l'entretien :

.....

.....

.....

<b>Date :</b>	<b>Signature du candidat : obligatoire</b>

## CADRE CI-DESSOUS RÉSERVÉ AU CFEMF

### Décision de la commission

Le besoin de formation est-il en adéquation avec la finalité de la formation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>RETENU</b> <input type="checkbox"/>	<b>REJET</b> <input type="checkbox"/>	<b>LISTE D'ATTENTE</b> <input type="checkbox"/>
		<b>ORIENTATION</b> <input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Date de la commission :</b>	<b>Signature du référent : obligatoire</b>
<b>NOM et prénom du référent :</b>	