



DOSSIER D'INSCRIPTION EN FORMATION Arrimage

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 :

.....

Date :	Signature du candidat : obligatoire

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"/>
RETENU <input type="checkbox"/>	REJET <input type="checkbox"/>	LISTE D'ATTENTE <input type="checkbox"/>
		ORIENTATION <input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la commission :	Signature du référent : obligatoire
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
NOM et prénom du référent :	