

Date d'accueil

N°stagiaire

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Sexe : F M

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone Courriel

Salarié Nom, adresse, tél. de l'Employeur :

Demandeur d'Emploi Indemnisation ASSEDIC : OUI
 Date d'inscription ANPE : NON
 N° identifiant :

Contrat aidé Dates de Contrat :

RMIste

Travailleur Handicapé

Autre A préciser

Expérience professionnelle dans votre dernier emploi (PCS)

Dates	Emploi occupé

Diplôme (niveau)

Dernière classe fréquentée (DCF) :

-----Partie à compléter par le Centre de Formation -----

Statut (SSE) : situation face a la formation (SSF) :

Financement (REM) : prescripteur (OOS) :

Objectif de la Formation (OBS) :

Diplôme Préparé (DPL) :

Règlement : Espèces Chèque

