Version n°1-042021

Centre de formation par Alternance-CFA

Du pays de Douarnenez

PHOTO IDENTITE

2 route de Park Ar Menez – 29100 POULLAN SUR MER

Tél. : 02 98 74 04 01 e-mail : mfr.poullan@mfr.asso.fr

wwww.facebook.com/mfrpoullan

**L’APPRENANT :**

NOM : ………………………………………… NOM DE NAISSANCE :……………………………………….

PRENOM : ………………………………. N° DE SECURITE SOCIALE ou INE :……………………………..

DATE DE NAISSANCE : ………………………………………….SEXE :……………………………………..

ADRESSE : ……………………………………………………...............................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………

CODE POSTAL : …………………………………VILLE :………………………………………………………

TEL. FIXE :…………………… TEL. PORTABLE : ………………... E MAIL :……………………………….

A compléter, si l’apprenant est mineur :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RESPONSABLE | Pére | Mére | Tuteur ou DASD famille d’accueil foyer |
| Nom |  |  |  |
| Prénom |  |  |  |
| AdresseCode postalville |  |  |  |
| Télé. domicile : |  |  |  |
| Télé. domicile : |  |  |  |
| Télé. domicile : |  |  |  |
| Adresse mail : |  |  |  |
| Profession  |  |  |  |

**TYPE DE CONTRAT :**

APPRENTISSAGE

PROFESSIONNALISATION

**FINANCEUR : (si signature de contrat)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom ou dénomination : | N°SIRETde l’établissement d’exécution du contrat : |
| Adresse de l’établissement d’exécution du contrat :N°: Voie:Code postal: Commune:Téléphone: Courriel: | Type d’employeur : |
| Code activité de l’entreprise (NAF) : |
| Convention collective applicable: |

**FORMATIONS PRECEDENTES** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulés des formations | Année | durée | Qualification obtenue | Diplôme obtenu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année** | **durée** | **Poste** | **Taches principales** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**MODE DE REGLEMENT POUR LES FRAIS DE RESTAURATION ET/OU D’HEBERGEMENT (s’il y a lieu)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MENSUEL | TRIMESTRIEL | AUTRES |
| PAR PRELEVEMENT |  |  |  |
| CHEQUE BANCAIRE |  |  |  |
| ESPECE |  |  |  |
| AUTRE |  |  |  |

**DEMANDE D’AIDES : OUI NON**

**Modalités d’apprentissage particulières éventuelles :**

* + - **Aménagement particulier :**
			* **En formation**
			* **En examen**
		- **Dispositif(s) particulier(s) :**
			* **Troubles de la santé invalidants (PAI)**
			* **Difficultés passagères (PPRE)**
			* **Troubles des apprentissages (PAP)**
			* **Situation de handicap reconnu (PPS)**
			* **Autres :**

**OUI NON**

**MODE DE TRANSPORT :**

**Transport individuel :**

**Transport organisés par le CFA** :

Ligne Est Pays de Cornouaille (Quimper...)

Ligne Pays Bigouden (Pont L’Abbé…)

Ligne Crozon-Châteaulin-Douarnenez

**A REMPLIR PAR L’APPRENANT OU LE RESPONSABLE (en cas de mineur)**

Madame, Monsieur………………….

- Adhère à l’Association du centre de formation

- Demande son inscription dans la formation………………………………………………………………….

- S’engagent à suivre toutes les sessions de formation au CFA et en milieu professionnel et l’ensemble des activités organisés dans le cadre de la formation par le CFA

- S’engagent à verser le montant des frais de restauration et d’hébergement (s’il y a lieu)

- S’engagent à respecter le règlement intérieur

- Autorisent le chef de l’établissement ou son représentant à faire appel à un médecin pour donner des soins d’urgence, à faire hospitaliser.
Nom du médecin traitant et n° de téléphone

Fait à …………………………………….., le………………………………................................................

Signature

**CONSTITUTION DU DOSSIER : Pièces à fournir avec ce dossier**

**Une lettre de motivation énonçant votre projet professionnel et votre projet de formation**

**Un Curriculum Vitaë (CV)**

**Une photocopie de la pièce d’identité**