



# Dossier de candidature FORMATION APPRENTISSAGE



## BP ECP

### Vos informations

Informations personnelles	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Né(e) le	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> à :
Département de naissance	<input type="text"/> Pays de naissance :
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre :
N° de SS du jeune	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Coordonnées	
Adresse domicile	
Code postal	<input type="text"/> Ville :
Pays	
Portable	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mail	

#### Hébergement souhaité :

- ☐ Chez les Parents
- ☐ Chez l'habitant
- ☐ Autonome
- ☐ Internat

#### Moyen de locomotion :

- ☐ Car scolaire
- ☐ Ligne bus
- ☐ Voiture
- ☐ Deux roues

Coordonnées des Parents Ou tuteurs	
Mère ou tutrice	Profession :
Nom - Prénom	
Adresse domicile	
Code postal	<input type="text"/> Ville :
Pays	
Portable	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mail	

Père ou tuteur	Profession :
Nom - Prénom	
Adresse domicile	
Code postal	<input type="text"/> Ville :
Pays	
Portable	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mail	

#### SONDAGE

Comment avez-vous  
connu le CFP UFA

Don Bosco

- ☐ Lycée Don Bosco
- ☐ Pôle Emploi
- ☐ Salons, forums
- ☐ Internet
- ☐ Portes Ouvertes
- ☐ Autres :

Etes-vous venu(e) aux  
Portes Ouvertes  
du CFP UFA ?

- ☐ Oui ☐ Non

Autorisation parentale de sortie : ☐ Oui ☐ Non

## Votre situation actuelle (Cochez la rubrique correspondant à votre situation)

### ☐ Statut scolaire

### ☐ Demandeur d'emploi

Inscrit France Travail : ☐ Oui ☐ Non ☐ Dossier en cours d'instruction

Date et lieu d'inscription : .....

N° identifiant France Travail (obligatoire) :

Type d'allocation: ☐ ARE ☐ ASS, AP... ☐ RSA-CAF ☐ APE ☐ Autre : .....

### ☐ Salarié depuis : .....

Type de contrat : ☐ CDD ☐ CDI ☐ Contrat Pro ☐ Apprentissage ☐ Contrat Aidé ☐ Intérim

Nom et Adresse de l'employeur : .....

Suivrez-vous la formation au titre d'un : ☐ Congé Individuel de formation ☐ Compte personnel de formation

☐ Plan de formation

☐ Reconversion professionnelle

☐ A titre personnel

### ☐ Situation de handicap

Travailleur handicapé reconnu par la MDA : ☐ Oui ☐ Non

### ☐ Autres situations

Personne de nationalité étrangère munie d'un titre de séjour en cours de validité portant la mention :

☐ Etudiant

☐ Toute profession en département français dans le cadre de la législation en vigueur

## Votre scolarité

Cursus	Série/Option	Années Scolaires	Diplôme obtenu (oui/non)	Mention Etablissement	Ville
CAP / BEP					
Baccalauréat					
BTS / DUT (ou autre Bac+2)					
Licence (ou autre Bac+3)					
Autre (Précisez)					

## Langues vivantes

Anglais	
<input type="checkbox"/> Base	Test passé :
<input type="checkbox"/> Professionnel	Score :
<input type="checkbox"/> Bilingue	Année : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2 <sup>ème</sup> langue :	
<input type="checkbox"/> Base	Test passé :
<input type="checkbox"/> Professionnel	Score :
<input type="checkbox"/> Bilingue	Année : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Vos stages, expériences professionnelles, apprentissage

Durée	Entreprise	Fonctions – Activités
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Apprentissage du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____

## Vos activités sportives et culturelles

<b>Sport</b>	
Sport pratiqué	
<b>Responsabilité associative</b>	
Association	
Responsabilité	

## Vos objectifs professionnels

Renseignements complémentaires à fournir en vue de l'entretien individuel de sélection

*Vous aurez par ailleurs à expliciter vos motivations et vos projets dans une lettre de motivation jointe obligatoirement à ce dossier de candidature.*

**Avez-vous une expérience dans le métier choisi ?**

☐ Oui

☐ Non

☐ Salariat

☐ Bénévolat

☐ Stage

**Avez-vous déjà rencontré un ou des professionnels de la spécialité souhaitée ?**

☐ Oui

☐ Non

**Quelles sont, selon vous, les qualités nécessaires pour réussir dans ce métier ?**

---

---

---

---

---

**Quels sont vos atouts, vos points forts, adaptés à ce métier ?**

---

---

---

---

---

---

---

**Et vos points faibles, ceux sur lesquels vous devez progresser ?**

---

---

---

---

---

---

---

**Concernant vos études ou vos postes occupés, qualifiez votre travail et vos résultats ces trois dernières années (méthode de travail, disciplines préférées, réussites, progrès réalisés, difficultés rencontrées...) :**

---

---

---

---

---

---

---

**A l'issue de la formation, dans quel type de structure ou contexte souhaitez-vous travailler ?**

---

---

---

---

**Quels sont vos projets professionnels à moyen terme ?**

---

---

---

---

---

## Autres renseignements

Etes-vous titulaire du permis de conduire ? ☐ Oui ☐ Non

Possédez-vous un véhicule personnel ? ☐ Oui ☐ Non

Formation financée par l'OPCO concerné

**Pour être complet, votre dossier de candidature doit être accompagné des pièces suivantes :**

- ☐ Photo d'identité
- ☐ Curriculum vitae actualisé
- ☐ Copie de l'attestation de l'assurance maladie du jeune
- ☐ Lettre de motivation manuscrite
- ☐ Copie de votre carte d'identité ou titre de séjour avec notification de travail valide
- ☐ Autorisation droit à l'image signée
- ☐ Copie de vos bulletins scolaires de l'année précédente
- ☐ Copie de vos relevés de notes Baccalauréat, BTS ou DUT ou autres diplômes
- ☐ Copie de vos diplômes obtenus
- ☐ Fiche médicale complétée (en annexe)
- ☐ Copie de votre avis de situation France Travail (uniquement pour les demandeurs d'emploi)
- ☐ Copie de la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)

Pour les mineurs :

- ☐ Copie du livret de famille<sup>1</sup>

Je soussigné ..... déclare avoir pris connaissance :

- du fait que l'admission ne deviendra définitive qu'après :
  - un entretien d'accueil avec le responsable du dispositif,
- de l'obligation de fournir les pièces demandées, sous peine de nullité de la candidature,
- de la possibilité de modifier, à tout moment, les données concernant l'étudiant et ce conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et nous nous engageons à signaler toutes modifications relatives à son dossier.

- Je m'engage à informer le centre de formation de tout changement de situation.

Fait à : .....

Le : .....

Signature de la mère ou tutrice

Signature du père ou tuteur

Signature du jeune

<sup>1</sup> Si vous êtes parents séparés ou divorcés, veuillez fournir les coordonnées des deux responsables légaux. La législation nous impose de disposer des informations concernant les deux parents, sauf indication contraire d'un jugement

**Merci de nous retourner votre dossier de candidature complet à l'adresse suivante :**

UFA DON BOSCO  
Madame Isabelle GUILLOIS  
18 boulevard Anatole France  
53100 MAYENNE  
02 43 30 47 30 / 06 31 29 90 49



FICHE MEDICALE  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

CFP UFA DON BOSCO 18 Bd Anatole France 53100 MAYENNE  
Téléphone : 02 43 30 47 30  
Responsable de centre : Isabelle GUILLOIS

IDENTITE DE L'APPRENTI(E)

Nom :  
Prénoms :  
Date et lieu de naissance :  
Sexe :  
CLASSE :

MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

AMÉNAGEMENTS (éventuels) SCOLAIRES PRÉCÉDENTS

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement scolaire particulier (l'année dernière). Oui ☐ Non ☐  
Si oui lequel ? ☐ PPS ☐ PAP ☐ PAI ☐ 1/3 temps ☐ CNED ☐ autres .....  
Souhaitez-vous renouveler cet aménagement ? Oui ☐ Non ☐

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'APPRENTI(E)

L'élève suit un traitement médical : OUI ☐ NON ☐  
Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'apprenti et accompagnées de leur notice.)

**Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance**

L'apprenti(e) a des allergies OUI ☐ NON ☐

**Asthme** ☐

**Allergies alimentaires**

Produits laitiers ☐

Arachides ☐

Gluten ☐

Œufs ☐

**Médicamenteuses** ☐

**Quel médicament :**

Autres :

Précisez la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ETAT DES VACCINATIONS

(Joindre la photocopie du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomélite ou DT Polio ou Tétracoq				Coqueluche	
BCG				Autres (Préciser)	

## INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer tout élément important à nous signaler (lunettes de vue, lentilles de vue, appareil auditif, appareil dentaire, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, crises convulsives, angoisses, problèmes menstruels, etc...) en indiquant les précautions à prendre :

---

---

---

---

## CONTACT D'URGENCE

Personnes pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes et le lien avec l'élève) :

---

---

---

## AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE

Nous soussignés, \_\_\_\_\_,

Responsables légaux de \_\_\_\_\_

Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Nous autorisons par la présente la responsable du centre à prendre en leur absence et en cas d'urgence toute décision touchant à la santé de leur enfant.

Fait à :

Date :

Signatures des deux représentants légaux ou tuteur(s) (écrire noms/prénoms et signatures):



## **AUTORISATION DE FILMER, PHOTOGRAPHIER, EXPLOITER ET DIFFUSER L'IMAGE**

---

**Cette autorisation devra être conservée par l'organisme de formation ainsi que par la personne concernée**

Je soussigné(e) ..... domicilié(e) à : .....,  
autorise par la présente **le centre de formation DON BOSCO** à utiliser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon image qui pourra figurer dans des documents (papier ou web) à vocation pédagogique, communicationnelle et/ou administrative interne et externe à l'organisme de formation DON BOSCO.

La présente autorisation est incessible et pourra être révoquée à tout moment par courrier recommandé avec accusé de réception.

Fait à MAYENNE, le

Madame Isabelle GUILLOIS  
Responsable de centre

Nom et prénom stagiaire ou apprenti(e)  
signature

Noms et prénoms des représentants  
Légaux  
Signatures

