Dossier de candidature

FORMATION APPRENTISSAGE

BP COIFFURE

Vos informations

Informations personnelles	
Civilité	☐ Madame ☐ Monsieur
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Né(e) le	☐☐-☐☐-☐☐☐☐ à :
Département de naissance	☐☐☐ Pays de naissance :
Nationalité	☐ Française ☐ Autre :
N° de SS du jeune	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Coordonnées	
Adresse domicile	
Code postal	☐☐☐☐☐ Ville :
Pays	
Portable	☐☐-☐☐-☐☐-☐☐-☐☐
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	☐☐☐☐☐ Ville :
Pays	
Portable	☐☐-☐☐-☐☐-☐☐-☐☐
E-mail	

Père ou tuteur	Profession :
Nom - Prénom	
Adresse domicile	
Code postal	☐☐☐☐☐ Ville :
Pays	
Portable	☐☐-☐☐-☐☐-☐☐-☐☐
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	
☐ Base	Test passé :
☐ Professionnel	Score :
☐ Bilingue	Année : ☐☐☐☐

2ème langue :	
☐ Base	Test passé :
☐ Professionnel	Score :
☐ Bilingue	Année : ☐☐☐☐

Vos stages, expériences professionnelles, apprentissage

Durée	Entreprise	Fonctions – Activités
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	
□ Stage □ Emploi □ Apprentissage du au	Nom : Téléphone : - - - -	

Vos activités sportives et culturelles

Sport	
Sport pratiqué	

Responsabilité associative	
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[1]

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

[1] 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
Cfp.i.guillois@dbosco.fr

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.
(Boites 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