



DOSSIER DE CANDIDATURE « PREPA APPRENTISSAGE »

Photo

NOM

Prénom

Sexe

Féminin

Masculin

Date de naissance

Courriel

Téléphone(s)

Adresse

Cadre réservé
administration

QPV

ZRR

N° Sécurité sociale

Pays de naissance

Ville de naissance

Nationalité

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Union libre Divorcé(e) Séparé(e)
 Veuf-ve

Nombre d'enfants à charge : Ages :

Si le / la candidat(e) est mineur(e), représentant(e) légal(e) :

NOM

Prénom

Courriel

Téléphone(s)

Adresse

PARCOURS

Situation à l'inscription

- Ni en emploi, ni en formation
 Collégien Lycéen Etudiant Apprenti En formation continue
 Salarié CDD Salarié CDI Intérimaire Travailleur indépendant
 Demandeur d'emploi
 Autre :

Dernière classe ou formation fréquentée

Diplôme(s) obtenu(s)

- Cadre réservé administration
 infra niveau 4
 niveau 4 et +

Expériences professionnelles

Etes-vous accompagné(e) par l'une des structures suivantes ?

- Mission Locale Pôle Emploi CAP Emploi CIDFF PSAD LADOM
 Nom de votre référent :

Pourquoi voulez-vous suivre cette formation ?

Avez-vous déjà une idée sur votre orientation professionnelle ?

Secteur d'activité recherché

Métier visé

Type d'entreprise souhaité

Bassin d'emploi ciblé

TRANSPORT-HEBERGEMENT

Permis de conduire

- OUI NON
 Type :

Mode de déplacement prévu pour vous rendre en formation et en entreprise

Rayon de mobilité maximum (kms)

Type d'hébergement pendant la formation

Signature du / de la candidat(e)

Signature du représentant légal si candidat(e) mineur(e)



Liste des pièces à fournir lors du protocole de recrutement

Pièces obligatoires pour toute entrée en formation :

- 1 CV, si vous en possédez un
- Copie pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour autorisant le travail en France)
- Copie Carte Vitale + Attestation sécurité sociale (fournir sa propre attestation et non celle des représentants légaux)
- Copie des diplômes obtenus
- Attestation pour les déplacements en cours de formation (décharges de responsabilité) signée
- Autorisation de diffusion (Droit à l'image) signée
- Fiche urgence médicale signée

Pièces à fournir selon situation :

- Reconnaissance de handicap (RQTH)

DOSSIER A RENVOYER A :

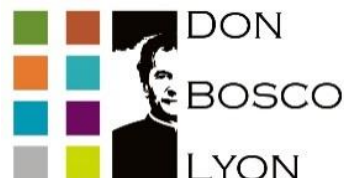
**UFA DON BOSCO LYON
12-24 Montée Saint-Laurent
69322 LYON CEDEX 05**

Tél : 04.72.41.14.54

Mail : formation.continue@donboscolyon.org
ou nathalie.carle@donboscolyon.org



INVESTIR
DANS VOS
COMPÉTENCES



ATTESTATION POUR LES DEPLACEMENTS EN COURS DE FORMATION

Je soussigné(e).....

Stagiaire de la formation professionnelle de l'action de formation « **PREPA APPRENTISSAGE** » au **CFA Aktéap / UFA DON BOSCO LYON – 12-24 Montée Saint-Laurent – 69322 LYON CEDEX 05**

Atteste avoir été informé(e) que, dans le cadre des activités de formation, je peux être amené(e) à me déplacer pour des :

- démarches extérieures de recherches de stage et d'emploi,
- visites d'entreprises,
- entretiens conseils,
- recherches d'informations,
- sorties pédagogiques

J'ai pris bonne note que, **si j'utilise mon véhicule personnel, je dois vérifier auprès de mon assureur que ma police d'assurance couvre bien ces déplacements** et qu'en aucun cas la responsabilité de l'établissement d'accueil ne pourra être recherchée en cas d'accident de la circulation.

Il est entendu que **le choix du moyen de transport** utilisé pour me rendre sur le lieu de ces activités **est de ma seule responsabilité.**

Fait àle.....

Signature du / de la stagiaire :

Signature du / de la représentant(e) légal(e) obligatoire pour les mineur(e)s :

AUTORISATION DE DIFFUSION

La présente autorisation est demandée pour la durée de votre présence dans l'établissement, plus 10 ans après votre départ.

Nom, prénom :

Formation suivie :

Sous réserve de préserver l'intimité de votre vie privée et que le fichier informatique les contenant ait fait l'objet d'une déclaration préalable à la Commission Nationale Informatique et Liberté, vous autorisez le Directeur au nom de l'établissement, pour une durée de 10 ans à dater de la présente, à reproduire et à diffuser **Représentations personnelles** (photographiques, vidéos et enregistrements sonores de votre voix) et **Créations de formes originales** (dessins, écrits, photographies et toutes sortes de réalisations) réalisées dans le cadre de la formation sans contrepartie financière pour :

- La diffusion sur internet, y compris réseaux sociaux
- La diffusion sur tous supports numériques
- La représentation sur grand écran dans toute manifestation organisée par l'établissement
- La promotion de l'établissement par la presse ou la télévision.

Je donne mon accord à :

- **La diffusion de représentations photographiques :** oui non
(Case à cocher)
- **La diffusion d'enregistrements sonores de ma voix :** oui non
(Case à cocher)
- **La diffusion de créations réalisées par moi-même :** oui non
(Case à cocher)
- **La diffusion de l'image par la presse ou la télévision :** oui non
(Case à cocher)

Fait à Le

Signature du stagiaire ou du représentant légal d'un mineur, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » - Bon pour accord :



FICHE URGENCE MEDICALE

NOM :	Prénom :
Né (e) le :	
Adresse :	
Tél Domicile :	Tél. portable :

Médecin traitant :
NOM Prénom :
Adresse :
Tél :

NOM(S) Prénom(s) de la ou des personne(s) à joindre en cas d'urgence :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Tél. professionnel :
Lien avec l'apprenti(e) (père, mère, conjoint...) :

<u>INFORMATIONS EVENTUELLES A TRANSMETTRE AUX URGENCES</u>
GRUPE SANGUIN :
<u>Observations importantes</u> : (contre-indications, antécédents médicaux, allergies, traitements en cours, médicaments...)

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à informer l'UFA de toute modification de ces dernières au cours du contrat.

Date :

Signature de l'apprenti(e) ou représentant(e) légal(e) pour les mineur(e)s :