

FICHE SIGNALÉTIQUE STAGIAIRE

SI DEMANDEUR (SE) D'EMPLOI

ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DE POLE EMPLOI Auquel VOUS ETES RATTACHE(e) :

.....
.....

DEPUIS QUAND ETES VOUS INSCRIT A POLE EMPLOI ?.....

PERCEVEZ-VOUS UNE RÉMUNÉRATION ASSEDIC ? OUI NON

QUEL AUTRE TYPE DE RÉMUNÉRATION PERCEVEZ-VOUS ?

NOM DU CONSEILLER :

■ VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

QUEL ETAIT VOTRE DERNIER EMPLOI :

AUTRES EXPERIENCES

DATE DEBUT	DATE DE FIN	ENTREPRISE	FONCTION

SI SALARIE

NOM DE SOCIÉTÉ OU ETABLISSEMENT :

NOM DU RESPONSABLE DE FORMATION :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL :

VILLE :

Tel. :

Fax :

MAIL :

VOTRE FONCTION :

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPERIENCE :

Retrouvez toute notre actualité sur www.ifacom.com

FICHE SIGNALÉTIQUE STAGIAIRE

■ FORMATION OU PREPA CONCOURS SOUHAITEE

FORMATIONS DIPLOMANTES	<input type="checkbox"/> SECRETAIRE MEDICALE <input type="checkbox"/> SECRETAIRE ASSISTANT(E) <input type="checkbox"/> COMPTABLE ASSISTANT(E) <input type="checkbox"/> B.T.S SERVICES PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL <input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE RAYON <input type="checkbox"/> COMPTABLE GESTIONNAIRE
PREPARATION AUX CONCOURS PARAMEDICAUX	<input type="checkbox"/> MASSEUR KINE <input type="checkbox"/> MANIPULATEUR EN ELECTRO-RADIOLOGIE <input type="checkbox"/> ORTHOPHONISTE <input type="checkbox"/> ERGOTHERAPEUTE <input type="checkbox"/> PEDICURE-PODOLOGUE <input type="checkbox"/> INFIRMIER(E) <input type="checkbox"/> AIDE-SOIGNANT <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE DE PUERICULTURE <input type="checkbox"/> ORAL AS AP <input type="checkbox"/> PSYCHOMOTRICIEN
PREPARATION AUX CONCOURS SOCIAUX	<input type="checkbox"/> ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPECIALISE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR DE JEUNES ENFANTS <input type="checkbox"/> MONITEUR-EDUCATEUR
PREPARATION AUX CONCOURS FONCTION PUBLIQUE D'ETAT ET/OU TERRITORIALE	<input type="checkbox"/> FONCTION PUBLIC D'ÉTAT (CATEGORIE A) <input type="checkbox"/> FONCTION PUBLIC D'ÉTAT (CATEGORIE B) <input type="checkbox"/> FONCTION PUBLIC TERRITORIAL A <input type="checkbox"/> FONCTION PUBLIC TERRITORIAL B <input type="checkbox"/> AGENT ADMINISTRATIF <input type="checkbox"/> SAPEUR POMPIER <input type="checkbox"/> SOUS OFFICIER GENDARMERIE

■ VOTRE MOTIVATION – VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

DECRIVEZ EN QUELQUES LIGNES, LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ SUIVRE CETTE FORMATION, EN TERMES DE MOTIVATION, D'OBJECTIF PROFESSIONNEL OU PROJET DE VIE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Retrouvez toute notre actualité sur www.ifacom.com

FICHE SIGNALETIQUE STAGIAIRE

A JOINDRE AU DOSSIER	<i>Réservé à l'Administration</i>										
Le dossier d'inscription rempli et signé	<input type="checkbox"/>										
Une lettre de motivation	<input type="checkbox"/>										
Un curriculum vitae	<input type="checkbox"/>										
Deux photos	<input type="checkbox"/>										
Copie des diplômes	<input type="checkbox"/>										
Copie des certificats de travail	<input type="checkbox"/>										
Copie de la carte d'identité recto/verso	<input type="checkbox"/>										
Frais de dossier de 75€ (non remboursable) : <input type="checkbox"/> Par chèque bancaire libellé à l'ordre d'IFACOM FORMATION ou <input type="checkbox"/> Mandat Cash ou <input type="checkbox"/> Carte Bleue ou <input type="checkbox"/> Virement RIB IFACOM :											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Domiciliation :</th> <th style="text-align: left;">Code Banque</th> <th style="text-align: left;">Code Guichet</th> <th style="text-align: left;">N°CPTE</th> <th style="text-align: left;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CMMOM AG PAP</td> <td>15358</td> <td>00741</td> <td>00330048282</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>		Domiciliation :	Code Banque	Code Guichet	N°CPTE	RIB	CMMOM AG PAP	15358	00741	00330048282	22
Domiciliation :	Code Banque	Code Guichet	N°CPTE	RIB							
CMMOM AG PAP	15358	00741	00330048282	22							

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION	
<input type="checkbox"/> OPCA :	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE
<input type="checkbox"/> FONGECIF	<input type="checkbox"/> POLE EMPLOI
<input type="checkbox"/> REGION	<input type="checkbox"/> CCAS
<input type="checkbox"/> ADI	<input type="checkbox"/> AUTRES :

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION	
Reçu le :/...../.....	Dossier complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vérifié par :	
Date de convocation aux tests :/...../.....	

FAIT A.....

LE :/...../.....

SIGNATURE

Retrouvez toute notre actualité sur www.ifacom.com