



# 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](http://www.ifacom.com)

# FICHE SIGNALÉTIQUE STAGIAIRE

## ■ FORMATION OU PREPA CONCOURS SOUHAITEE

<b>FORMATIONS DIPLOMANTES</b>	<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
<b>PREPARATION AUX CONCOURS SCIENTIFIQUES ET PARAMEDICAUX ET SOCIAUX</b>	<input type="checkbox"/> AMBULANCIER <input type="checkbox"/> AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE <input type="checkbox"/> AIDE SOIGNANT(E) <input type="checkbox"/> ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAUX <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE DE PUERICULTURE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR DE JEUNES ENFANTS <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPECIALISE <input type="checkbox"/> ERGOTHERAPEUTE <input type="checkbox"/> INFIRMIER(E) <input type="checkbox"/> MANIPULATEUR ERM <input type="checkbox"/> MASSEUR KINESITHERAPEUTE <input type="checkbox"/> MONITEUR-EDUCATEUR <input type="checkbox"/> ORTHOPISTE <input type="checkbox"/> PEDICURE PODOLOGUE <input type="checkbox"/> PSYCHOMOTRICIEN <input type="checkbox"/> TECHNICIEN DE LABORATOIRE
<b>PREPARATION AUX CONCOURS FONCTION PUBLIQUE D'ETAT ET/OU TERRITORIALE</b>	<input type="checkbox"/> AGENT DE CONSTATATION DES DOUANES <input type="checkbox"/> ATTACHE(E) D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE <input type="checkbox"/> CONSEILLER D'INSERTION ET DE PROBATION <input type="checkbox"/> INSPECTEUR DU TRAVAIL <input type="checkbox"/> GARDIEN DE LA PAIX <input type="checkbox"/> INSPECTEUR DU PERMIS DE CONDUIRE <input type="checkbox"/> REDACTEUR TERRITORIAL

## ■ VOTRE MOTIVATION – VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

DECRIEZ 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](http://www.ifacom.com)

# FICHE SIGNALÉTIQUE STAGIAIRE

<b>A JOINDRE AU DOSSIER</b>	<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) :

Par chèque bancaire libellé à l'ordre d'IFACOM FORMATION ou  Mandat Cash ou  Carte Bleue ou  Virement RIB IFACOM :

Domiciliation :	Code Banque	Code Guichet	N°CPTÉ	RIB
CMMOM AG PAP	15358	00741	00330048282	22

**PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION**

OPCA : .....  INDIVIDUELLE

FONGECIF  POLE EMPLOI

REGION  CCAS

ADI  AUTRES : .....

**CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION**

Reçu le : ...../...../..... Dossier complet :  OUI  NON

Vérifié par : .....

Date de convocation aux tests : ...../...../.....

FAIT A.....

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

SIGNATURE

Retrouvez toute notre actualité sur [www.ifacom.com](http://www.ifacom.com)