

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Date : ... / ... / ... Lieu (salon, centre formation, etc.) : .....		
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Noms : ..... Prénoms : .....		
Ou Entreprise : .....		Siret : .....
Date de naissance : ... / ... / ... Âge : ..... Lieu de naissance : .....		
Adresse : .....		
Code postal : ..... Commune : .....		
Tel. Fixe : (+... ..) - .....		Tel. Portable : (+... ..) - .....
Mail : .....@ .....		
Reconnaissance travailleur handicapé (RQTH) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours		

### FORMATION(S) SOUHAITÉE(S)

CFAA	CFPPA		
<input type="checkbox"/> <b>Apprentissage</b> Avez-vous un maître d'apprentissage ? <input type="checkbox"/> Non, recherche en cours <input type="checkbox"/> Oui, nom de l'entreprise : .....	<input type="checkbox"/> <b>Formation continue Longue</b> <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Animalerie <input type="checkbox"/> Paysagisme <input type="checkbox"/> Environnement <input type="checkbox"/> Irrigation <b>Modalités de financement :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Formation continue Courte</b> <input type="checkbox"/> <b>ACACED</b> Chien <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> NAC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>CERTIPHYTO</b> <input type="checkbox"/> <b>ECC1</b> <input type="checkbox"/> <b>GSA</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTRES :</b> ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>V.A.E</b> <input type="checkbox"/> Avant éligibilité <input type="checkbox"/> Accompagnement
<b>Régime de sortie souhaitée :</b> <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire	<input type="checkbox"/> OPCO <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TRANSITION PRO <input type="checkbox"/> France TRAVAIL <input type="checkbox"/> VIVEA <input type="checkbox"/> RÉGION <input type="checkbox"/> AUTOFINANCEMENT <input type="checkbox"/> AUTRE : .....		

### SITUATION ACTUELLE DU DEMANDEUR

EN ACTIVITÉ	SANS ACTIVITÉ	AUTRE
<input type="checkbox"/> <b>Salarié(e) :</b> <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD Depuis le : ..... Emploi : ..... Secteur : ..... <input type="checkbox"/> <b>En contrat d'apprentissage</b> <input type="checkbox"/> <b>Indépendant</b> <b>Secteur d'activité :</b> ..... <b>Statut juridique :</b> ..... <b>Nom de la structure :</b> ..... <b>Expérience professionnelle :</b> ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>Inscrit à France Travail :</b> N° d'identifiant : ..... Depuis le : ..... <b>Indemnisation :</b> <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Autre : ..... <b>Droit jusqu'au :</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Inscrit au RSA</b> <input type="checkbox"/> <b>Inscrit à la mission locale</b>	<input type="checkbox"/> En formation (description) : ..... <input type="checkbox"/> Scolarisé(e), Niveau : ..... Établissement : ..... <input type="checkbox"/> Aidant familial <input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur <input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> AMEXA : Depuis le : ..... Intitulé diplôme obtenu (le plus élevé) : ..... Niveau : 3-4-5-6 autres : .....

### PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

Précisions éventuelles sur la demande, le projet : .....

Avez-vous participé à une formation continue récemment ?  Non  Oui

Si oui, il s'agissait de :  Pré-qualification  Qualification  Remise à niveau  Adaptation/perfectionnement

Dans quel domaine : ..... Rémunérée :  Non  Oui

Qui vous a orienté vers le CFAA / CFPPA pour suivre votre formation ? .....

Fait le : ... / ... / ... à :

Certifié exact. **Signature :**