**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

|  |
| --- |
| **Date :** … / … / … … **Lieu** (salon, centre formation, etc.) **:** ……………………………………………………………… |
| **M  Mme  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) :  Non  Oui  En cours** |

**FORMATION(s) SOUHAITÉE(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CFAA | CFPPA | | |
| Apprentissage  Avez-vous un maître d’apprentissage ?  Non, recherche en cours  Oui, nom de l’entreprise  …………………………….……..  Agriculture  Animalerie  Paysagisme  Environnement  Palefrenier-soigneur  Autre : ………………………. | **Formation continue**  **Longue** | **Formation continue**  **Courte** | **V.A.E** |
| Agriculture  Animalerie  Paysagisme  Environnement  Irrigation  **Modalités de financement :** | **ACACED**  Chien  Chat  NAC  **CERTIPHYTO**  **ECC1**  **GSA**  **AUTRES :** ………………………………………………………………………………………. | Avant éligibilité  Accompagnement |
| Régime de sortie souhaitée :  Interne  Externe  Demi-pensionnaire | OPCO  CPF  TRANSITION PRO  France TRAVAIL  VIVEA  RÉGION  AUTOFINANCEMENT  AUTRE : ………………. | | |

**SITUATION ACTUELLE DU DEMANDEUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EN ACTIVITÉ** | **SANS ACTIVITÉ** | **AUTRE** |
| **Salarié(e) :**  CDI  CDD Depuis le : ……………………….  Emploi : …………………………  Secteur : ………………………….  **En contrat d’apprentissage**  **Indépendant**  **Secteur d’activité :** ………………  **Statut juridique** : …………………  **Nom de la structure** : …………….  **Expérience professionnelle** : ……  ………………………………………...………………………………………... | **Inscrit à France Travail** :  N° d’identifiant : ……………..………….  Depuis le : ………………….  **Indemnisation** :  ARE  ASS Autre : ……………….  **Droit jusqu’au :** ………………………..  **Inscrit au RSA**  **Inscrit à la mission locale** | En formation (description) :  ……………………………………  Scolarisé(e), Niveau : ………… Établissement : …………………….  Aidant familial  Conjoint collaborateur  Autre : …………………………  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 :  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 :**