



DOSSIER D'INSCRIPTION



Année scolaire

FORMATION SOUHAITE E

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BTS Diététique en 1 an | <input type="checkbox"/> BPA Travaux Productions Horticoles en 1 an |
| <input type="checkbox"/> BTS Diététique en 2 ans
<input type="radio"/> 1ère année <input type="radio"/> 2ème année
<input type="radio"/> BTS DIET Remise à Niveau (2 semaines) | <input type="checkbox"/> BP Responsable de productions légumières, fruitières, florales et de pépinières en 1 an
<input type="radio"/> Site de Rennes <input type="radio"/> Site de Languoux |
| <input type="checkbox"/> Bachelor Assistant Comptable Agricole | <input type="checkbox"/> CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance |
| <input type="checkbox"/> Bachelor Distri Manager | <input type="checkbox"/> BTS Gestion de la PME |
| <input type="checkbox"/> CS Production, Transformation et Commercialisation de produits fermiers | <input type="checkbox"/> Assistant(e) Ressources Humaines |

COORDONNEES DE L'APPRENANT

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Nationalité <input type="text"/>	
NOM de naissance <input type="text"/>	NOM d'usage <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>
Date de naissance jj/mm/aaaa <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Ville de naissance et n° de département <input type="text"/>	
Adresse <input type="text"/>	Téléphone fixe <input type="text"/>	
Code postal <input type="text"/>	Téléphone portable <input type="text"/>	
Ville <input type="text"/>	Email <input type="text"/>	
N° affiliation à la SS ou MSA <input type="text"/>	Permis B : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Date d'obtention : <input type="text"/>

SITUATION APPRENANT

- Célibataire Marié(e) PACS Concubin Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge :

Êtes-vous dans l'une de ses situations suivantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suivi par la Mission Locale de <input type="text"/> | Nom du conseiller : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un aménagement d'épreuves et/ou troubles type Dys | |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) | |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation Parent-e Isollé-e(API) | |
| <input type="checkbox"/> Stagiaire sortant d'une PREPA | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un accompagnement à la qualification |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du Revenu de solidarité Active | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation Spécifique de solidarité (ASS) |
| <input type="checkbox"/> En congé parental (PréPARE) | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un contrat de sécurisation professionnelle |

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Fonds personnels
 Contrat de professionnalisation
 Autre (préciser)

Nous contacter avant de réaliser toute demande de financement pour ces dispositifs.

- Qualif Emploi Région Bretagne
 CPF Montant : _____
 Transitions Pro (demande à réaliser sur le site www.transitionspro-bretagne.fr dans un délai de 3 mois avant le début de la formation)

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU RESPONSABLE LEGAL

Lien de parenté : Père Mère

Autre

Madame Monsieur

NOM

Prénom

Date de naissance jj/mm/aaaa

 / /

Ville de naissance et n° de département

Adresse

Téléphone fixe

Code postal

Téléphone portable

Ville

Email

PAYEUR (à remplir uniquement si différent de l'apprenant)

Madame Monsieur

Lien de parenté :

Nom

Adresse

Prénom

Code postal

Téléphone

Ville

PARCOURS DE FORMATION

Formation Initiale (votre parcours jusqu'à ce que vous quittiez l'école) :

Formation suivie	Année	Nom et adresse de l'établissement	Diplôme (préciser si préparé ou obtenu)
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Formation Continue (formation réalisée depuis que vous avez quitté l'école) :

Formation suivie	Année	Nom et adresse de l'établissement	Diplôme (préciser si préparé ou obtenu)
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Dernier diplôme obtenu :

Dernier emploi occupé :

Intitulé :

Année scolaire :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Etes-vous salarié(e) : OUI NON

Si oui, sous quel contrat êtes-vous CDI CDD d'une durée de mois

Quelle sera votre situation durant la formation ?

Transitions Pro en Reconversion autre (préciser)

Etes-vous demandeur d'emploi inscrit à POLE EMPLOI ? OUI NON

Si oui, Date d'inscription : / /

Numéro d'identifiant :

Indemnisation OUI NON

Si oui, jusqu'à quelle date êtes-vous indemnisé ? / /

Quelle allocation percevez-vous ARE ASS

Percevez-vous le RSA ? OUI NON

Autres situations (préciser)

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Votre dernier emploi :

Durée de votre expérience professionnelle années mois

Observations :

Projet professionnel : indiquer les motivations qui vous conduisent à cette inscription ainsi que votre ou vos projet(s) professionnel(s) à l'issue de cette formation.

CONNAISSANCE DU GROUPE

Enseignant Parents Ancien élève Elève actuel En passant devant les locaux
 CIO Affiches Salon Site Internet Prospectus Bouche à oreille

Fait à le / /

- Les renseignements demandés dans cette fiche sont obligatoires pour permettre l'inscription définitive de l'élève.
- Ces informations seront l'objet d'un traitement informatisé conforme à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés.
- Les renseignements collectés sont exclusivement destinés au secrétariat de l'établissement, aux organisations fédératives régionales et nationales des établissements privés ainsi qu'aux services administratifs du Ministère de l'Agriculture et du Ministère de l'Education nationale chargés des statistiques, des examens et des bourses.
- Toute demande de consultation ou de rectification des informations contenues dans cette fiche s'effectue, par courrier, auprès de la direction de l'établissement.

Dossier de candidature à retourner :

The Land
Service Formation Continue
39 Rue Fernand Robert
35000 RENNES

Contact : pole.fc@st-exupery.org

Tel : 02 99 59 09 98