

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS « STAGIAIRE »

DATE du CONTACT : Visite Téléphone Mail Courrier
Orienté(e) par : Mission Locale Pôle Emploi Association Agriculture Autres :

Nom : Prénom :
Adresse
Code Postal : Commune :
Téléphone Fixe Téléphone Portable
Mail :
Date de naissance : si < 26 ans : doit contacter la mission locale de son lieu de résidence
Situation Familiale : Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Divorcé(e) Autres

Diplôme	CAP	BEP	BP V	BP IV	BAC	BTS	AUTRES	SPECIALITE
Niveau								
OBTENU								

Situation professionnelle :

Date sortie scolaire :

Si < 6 mois à l'entrée en formation (éducation nationale et sans être diplômé) : **dérogation obligatoire**

Date de sortie de fin de stage précédent :

Si < 18 mois à l'entrée en formation (stage indemnisé par Conseil Régional NA) : **dérogation obligatoire**

Demandeur d'emploi inscrit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Salarié(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		
Indemnisation chômage	ARE <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Fonds de formation :	<input type="checkbox"/> FAFSEA - <input type="checkbox"/> VIVEA - <input type="checkbox"/> AUTRES	Travailleur handicapé	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Expériences professionnelles : Durée (nb heures équivalent temps plein) :

RENSEIGNEMENTS DEMANDES

PROJET PROFESSIONNEL.....

Formation souhaitée :

Documentation(s) adressée(s)

Entretiens prévus le :

Renseignements donnés par : Fait le :