



Alternance

Centre de formation professionnelle **Bourgogne**

PHOTO

DATE DE L'INSCRIPTION :

.....

Révéléateur de compétences

DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION(S) DEMANDEE(S)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BAC PRO Commerce | <input type="checkbox"/> CQP Employé(e) de commerce dominante caisse |
| <input type="checkbox"/> BTS Management des Unités Commerciales | <input type="checkbox"/> CQP Employé(e) de commerce dominante rayon |
| <input type="checkbox"/> BTS GPME * | <input type="checkbox"/> CQP Employé(e) de commerce rayon exclusif |
| <input type="checkbox"/> BTS Négociation et Digitalisation de la Relation Client | |
| <input type="checkbox"/> BAC +3 Responsable Opérationnel en Gestion d'Entreprise * | |

ETAT CIVIL

Nom : Prénom : Sexe : M F
Adresse permanente :
Code Postal : Ville :
Tél. : Portable :
Email :
Nationalité :

Date de naissance : Age : Lieu de naissance :

Si vous êtes demandeur d'emploi inscrit au Pôle Emploi :

Date d'inscription : N° carte :

Indiquez votre agence Mission Locale et le nom de votre conseiller (facultatif) :

Agence : Conseiller :

VOTRE SITUATION ACTUELLE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En cours de scolarité | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire AAH, RSA (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Salarié(e) | <input type="checkbox"/> Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Avez-vous le permis de conduire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> EN COURS |
| Avez-vous un véhicule | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| Un déménagement est-il envisageable | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |

Distance maximale entre domicile et travail :

Secteurs d'activités envisagés :

Secteurs d'activités non souhaités :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom : Tél :

Lien de parenté :

NOM Prénom : Tél :

Lien de parenté :

INFORMATION

Les référentiels de formation, le nom du responsable pédagogique, la composition des équipes pédagogiques, le règlement intérieur ainsi que les moyens pédagogiques mis à disposition des stagiaires sont affichés au centre de formation et restent disponibles sur simple demande (par courrier ou par courriel).

PIECE A JOINDRE AU DOSSIER

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae | <input type="checkbox"/> Relevé de notes du Baccalauréat |
| <input type="checkbox"/> Lettre de Motivation (destinée à l'entreprise) | <input type="checkbox"/> Bulletins de terminale ou livret scolaire |
| <input type="checkbox"/> Copie de la Carte d'identité | <input type="checkbox"/> Copie des diplômes obtenus |
| <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité | |

DEMANDE D'ADMISSION

Je soussigné(e) demande au jury d'admission d'examiner ma candidature à l'entrée en

Les informations recueillies sur ce dossier sont également enregistrées dans un fichier informatisé par Alternance Bourgogne pour vous aider à la recherche d'entreprise.

Elles sont conservées pendant 2 ans et sont destinées au Service Commercial et à nos Entreprises Partenaires. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : contactdijon@alternance-bourgogne.com

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Fait à, le

Signature :

ALTERNANCE BOURGOGNE

8 Chemin de la noue – 21600 LONGVIC

TEL : 03 80 48 90 57 / 07 60 90 38 47

contactdijon@alternance-bourgogne.com

Suivez notre actualité : ALTERNANCE BOURGOGNE



Charlotte JUILLY / Alternance Bourgogne



alternancebourgogne21

LinkedIn

Charlotte JUILLY

