



2-3

DATE :

CANDIDAT :

Origine du contact (provenance) :

Formation demandée :

ÉTAT CIVIL :

NOM :

Prénom :

Date de naissance: Lieu de naissance :

Adresse :

.....
.....

Code postal : Ville :

Tél : / / / / Portable : / / /

Courriel :

SITUATION ACTUELLE :

Situation actuelle (DE, salarié,...):

Si Demandeur d'emploi : N°identifiant:

France Travail : Nom du correspondant :

PROJET PROFESSIONNEL :

Merci de préciser le niveau de mobilité et les éléments d'exigence :

AUTO ECOLE GAMBETTA

AUTO-ECOLE GAMBETTA
10 boulevard Gambetta
34800 CLERMONT L'HERAULT
Tél: 04 67 88 16 96 - contact@autoecolegambetta.fr
Siret: 93454865000018 - Agr: E2503400010
TVA Intra: FR39934548650 - APE: 8553Z

**PERMIS DE CONDUIRE :**

Catégorie	Date d'obtention	Civil ou militaire	Expériences

Moyens de locomotion :

OUI NON

SITUATION FAMILIALE :

Contraintes horaires éventuelles :

.....

.....

CAPACITÉ A INTÉGRER LA FORMATION :

Éléments à vérifier	OUI	NON	Commentaires
Acceptation des contraintes liées à la formation.			
Acceptation des contraintes horaires : (<i>horaires de formation normale ou en équipe</i>).			
Capacité à gérer son organisation personnelle et familiale en étant en formation (<i>temps de travail personnel</i> ...).			
Capacité à s'intégrer dans un groupe de formation (<i>comportement, expression orale...</i>).			
Le stagiaire a une présentation compatible avec la formation visée			

RÉSULTATS DES TESTS D'ÉVALUATION INITIALE :

Volume horaire pratique prévisionnel :

Types de formation

.....

.....

Types de financement

.....

Commentaires :

.....

.....

.....