



Chèque Formation Générale

Convention CRMP
n° _____

Dossier administratif



Photo

1. ETAT CIVIL

Nom : «Stagiaire»

Prénom : «F4»

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ Lieu :

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Nationalité :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _

Ville :

Tél. : 0«Téléphone_fixe»

0«Portable»

Em@il : «Email»

2. PARCOURS

Objectif : «Objectif»

Date du concours, de la sélection :

Date de début : «Entrée»

Date de fin prévue : «Sortie»

Modules suivis :

Français

Culture générale

Maths

Tests psychotechniques

Biologie

Oral

3. PRESCRIPTEUR :

«Prescripteur» - «F9»

4. NIVEAU

Année de fin de scolarité

Dernier diplôme **obtenu** :

Niveau (**avec ou sans** diplôme obtenu) :

- VI -fin de scolarité
- V - CAP/BEP
- IV - BAC
- III - BTS – DUT – DEUG
- II -Maîtrise ou licence
- I - Ingénieur ou supérieur

5. SITUATION

Demandeur d'emploi

Primo (n'ayant jamais travaillé) - non primo

N°identifiant : «N_Identifant»

Pôle Emploi dont vous dépendez :

Date d'inscription : _ _ / _ _ / _ _

Date de chômage depuis le dernier emploi :

_ _ / _ _ / _ _

OU

Salarié

Poste occupé :

Type de contrat :

Date d'embauche :

Entreprise :

.....

.....

6. PUBLIC SPECIFIQUE

CIVIS

Contrat d'insertion dans la Vie Sociale

PARE

Projet d'Aide de Retour à l'Emploi

RSA

Revenu de Solidarité Active

TH

Travailleur Handicapé

NB. : Je reconnais par ailleurs avoir pris connaissance du règlement intérieur, avoir souscrit un contrat d'Assurance Responsabilité Civile et fourni une copie de l'attestation d'assurance correspondante au CPPU au plus tard le jour de mon entrée en stage.

7. EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Groupe sanguin :

Médecin de famille :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir :

.....

En cas d'urgence, vers quel établissement souhaitez-vous être dirigé :

Clinique : au plus proche - autre :

Hôpital : au plus proche - autre :

Autorisez-vous la Direction du CPPU à faire appel pour ce transport :

Au Samu : OUI - NON

A un ambulancier : OUI - NON

Observations éventuelles (problèmes de santé, antécédents familiaux, allergies, etc..) :

.....

.....

.....

Autorisation de soins d'urgence :

Pour les personnes majeures :

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Pour les personnes mineures :

Je soussignée(e), M, Mme, Mlle*

Agissant en qualité de Père - Mère – Représentant légal, *

Autorise la Direction du CPPU à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

A L'Union, le
Signature

**Rayer les mentions inutiles.*