***DOSSIER DE CANDIDATURE***

**Identité :**

NOM : [nom\_stagaire]

PRENOM : [prenom\_stagaire]

Né(e) le :[date\_de\_naissance] à : [ville\_de\_naissance]

Pays de naissance : [pays\_de\_naissance] Nationalité : [Nationalité]

Adresse [adresse\_stagiaire]

Code postal : [code\_postal\_candidat] Ville : [ville\_stagiaire] Pays :[pays\_stagiaire]

N° tél. : [telephone\_stagiaire]

E-mail : [email\_stagiaire]

**Formation :**

Diplômes obtenus : ……………….…………………………………………………………………

………………….……………………………………………………………...

Langue maternelle : …………..……………………………………………………………………..

Langues étrangères parlées : ……………………………………………………………................

**Situation professionnelle :**

□ Demandeur d’emploi □ Indemnisé □ Non indemnisé

□ Salarié □ Étudiant

□ Chef d’entreprise □ Particulier

Autre : ……………………………………………………

**Comment évaluez-vous… (1 étant le faible, 4 le plus fort)**

1) Votre qualité d’accueil 1 2 3 4

2) Votre sens de l’anticipation 1 2 3 4

3) Votre sens de l’observation 1 2 3 4

4) Votre gestion du stress 1 2 3 4

5) Votre sens de l’écoute 1 2 3 4

6) Votre respect pour la hiérarchie 1 2 3 4

**Vous êtes intéressé par :**

□ Formation inscrire le nom de votre/vos formations

□ Formation inscrire le nom de votre/vos formations

□ Formation inscrire le nom de votre/vos formations

Quelles sont vos motivations pour suivre la formation ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Quel est votre objectif professionnel ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Êtes-vous reconnu en situation de handicap ?

□ Oui □ Non

Avez-vous besoin d’aménagement particulier pour suivre le programme ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Si oui, un entretien téléphonique sera convenu avec votre formateur en amont de la formation afin d’évaluer votre situation et définir les mesures de compensation.**

**Je soussigné(e) :**

Nom et Prénom : [nom\_stagiaire] [prenom\_stagiaire]

*certifie exact les renseignements fournis dans ce document.*

Fait à [Fait\_a]

Le [date\_du\_jour]

Signature du candidat :