

## FICHE IDENTIFICATION STAGIAIRE

**Identification stagiaire Argos :** 490666 **N° Action ARGOS :** 2021806768  
**Code participation :** 717354 **Groupe éventuellement :** Groupe A2  
**Code OF :** A0033 **Code Centre :** C0068 **Sigle Centre :** CAMPUS AFPA ROUBAIX  
**Date d'entrée en parcours de formation :** 19/09/2022 **Ville :** ROUBAIX  
**Projet :** -  
**Soutien à l'insertion professionnelle :** -  
**Soutien à la résolution des difficultés (périphériques) :** -  
**Hébergement lié à la formation :** Non **Territoire d'hébergement :** -  
**Mobilisation du Compte Personnel de Formation :** -  
**Numéro de dossier SI CPF :** -  
**Nombre d'heures CPF mobilisées :** -  
**Si parcours en Délégation de Service Public :** **Cohorte :** -  
**Centre de référence du stagiaire :** - **Nom du référent du stagiaire :** -  
**Liste des Sites d'accueil du stagiaire :** -

### Etat Civil

Monsieur

**Nom :** PLATTEAU **Nom de naissance :** PLATTEAU  
**Prénom :** MANON  
**Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :** 29/10/1994 **Pays de naissance :** -  
**Sexe :** H

### Coordonnées

**Adresse :** 3 RUE DE FLANDRE APPT 51  
**Code postal :** 59110 **Ville :** LA-MADELEINE  
**Tel :** 0610306810 **Email \* :** manon-platteau@orange.fr

\* Attention - cette adresse mail sera utilisée pour toutes les correspondances ultérieures que la Région engagera avec vous (exemple, pour des enquêtes futures)

### Formation initiale et continue

**Votre diplôme le plus élevé obtenu :** Niveau 7 (Bac+5 : Master, Ingénieur)  
**Votre dernière classe fréquentée :** Dernière année Bac + 4 ou 5  
**Votre niveau :** Niveau 7 (Bac+5 : Master, Ingénieur)  
**Vous avez des difficultés pour lire et écrire au quotidien :** NON

## Santé

**Vous êtes en situation de handicap :** Non

Si oui, Reconnaissance officielle de handicap (attestation MDPH, allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, carte d'invalidité) : -

## Départements ou territoires d'Outre-Mer

**Vous habitez dans les départements ou territoires d'Outre Mer :** NON

## Famille

**Vous êtes :** -

Si vous êtes en couple, nombre de personnes en emploi : -

**Vous avez un ou plusieurs enfants à charge :** -

**Vos deux parents sont nés en France :** -

## Logement

**Vous êtes :** -

**Vous avez des risques de perdre votre logement :** -

## Origine de la démarche de formation

**La structure qui vous a orienté vers cette formation :** Démarche personnelle

## Les moyens de transport

**Vos moyens de transport pour venir en formation :**

- VOITURE - 2 ROUES MOTORISEES -

**Temps de trajet (en minutes) :** 20

## Situation à l'entrée en formation

**Vous êtes allocataire de minima sociaux :** Aucun

## Situation face au marché du travail

**Vous êtes :**

Demandeur(se) d'emploi inscrit

**N° inscription :** 5116511A

**Indemnisation Pole emploi :** OUI

**Durée de chômage :** Moins de 6 mois

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des parcours de formation et à l'élaboration de statistiques non nominatives. Les destinataires des données sont les services de la Direction de la Formation Professionnelle de la Région Hauts-de-France, l'organisme dans lequel le stagiaire suit sa formation mais aussi l'Union Européenne, Pôle Emploi, l'Agence de Services et de Paiement, la Caisse des Dépôts et Consignations (pour le Compte Personnel de Formation) et les organismes chargés par la Région Hauts-de-France d'une mission d'évaluation.

Les données recueillies seront également utilisées de façon anonyme à des fins de suivi et d'évaluation des opérations financées par l'Europe et plus particulièrement par le Fonds Social Européen. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et Libertés de la Région Hauts-de-France – 151, avenue du Président Hoover 59555 LILLE CEDEX

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (prénom - nom),

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués dans ce document

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature stagiaire