

Bienvenue à l'Afpa

Date :

☐ M. ☐ Mme

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Nationalité française ou Union Européenne : ☐ Oui ☐ Non

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Formation demandée :

Lieu de formation :

Pourquoi souhaitez-vous suivre cette formation ?

.....
.....
.....

Pour vous accompagner sur les aspects financiers de la formation, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes :

Êtes-vous inscrit.e à France Travail ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : N° d'identifiant France Travail :

Nom de votre conseiller : Agence :

Adresse mail de votre conseiller :

Souhaitez-vous nous signaler une situation de handicap ? ☐ Oui ☐ NonSouhaitez-vous nous signaler une reconnaissance administrative (ex RQTH au sens de l'article L 5213-1 du code du travail) ? ☐ Oui ☐ Non**Êtes-vous actuellement salarié.e ?** ☐ Oui ☐ Non

Si vous travaillez ou avez déjà travaillé en tant que salarié.e, quel est le type de votre dernier contrat de travail ou de votre contrat actuel :

☐ CDI ☐ CDD ☐ Intérim ☐ Alternance ☐ Autre :**Avez-vous créé votre CPF (compte personnel de formation) ?** ☐ Oui ☐ Non

Vous pouvez joindre un CV à ce dossier ou compléter cette page.

Expérience professionnelle

| Emploi | Année | Durée | Employeur |
|----------------|-------|-------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Formation

Dernière classe suivie : Année :

| Diplôme / Titre Professionnel | Année | Obtention |
|-------------------------------|-------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |