

DOSSIER D'INSCRIPTION 2021

Niveau 4

Photo
du candidat
(récente)

Technicien(ne) en réseaux électriques

LE CANDIDAT

NOM : _____ Prénom(s) : _____
(en lettres capitales)

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Sexe : M F Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____ Dpt : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

Age au 1^{er} Septembre 2021

____ ans ____ mois

Etablissement d'origine : _____ VILLE : _____

Classe (donnez l'intitulé exact) : _____

(exemple : Classe de 3^{ème} Option Technologie)

Numéro INE (Identifiant National Elève) : _ _ _ _ _ (OBLIGATOIRE)

ADRESSE PERSONNELLE DU CANDIDAT (en lettres capitales)

Département :

Code Postal : _____ Ville : _____ ☎ _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____ @ _____

SCOLARITE ANTERIEURE

Classe de troisième : Générale Option DP3 DP6 Agricole Insertion SEGPA

Lycée Enseignement Technique : Seconde Précisez : _____

Première Précisez : _____

Terminale Précisez : _____

Lycée Professionnel : CAP 1^{ère} année Précisez : _____

CAP 2^e année Précisez : _____

BEP 1^{ère} année Précisez : _____

BEP 2^e année Précisez : _____

AUTRES : Précisez : _____

Etes-vous titulaire d'un diplôme de CAP ou BEP (si oui, précisez la section) : _____

À RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ, ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES DEMANDÉES,
AVANT LE 31 MAI 2021 à :

CFCTP EGLETONS – 26 rue de Bellevue 19300 EGLETONS

ou par mail à ssaleix@cfcegletons.com

LE RESPONSABLE LÉGAL

Le candidat lui-même Les 2 parents Le père La mère Autre

Si Autre, Précisez Nom, adresse et téléphone : _____

Les informations ci-dessous doivent être complétées même si le candidat est majeur :

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM : _____	NOM : _____
PRÉNOM : _____	PRÉNOM : _____
N° Sécurité Sociale : _____	N° Sécurité Sociale : _____
ADRESSE : _____ _____	ADRESSE : _____ _____
Code Postal : _____	Code Postal : _____
VILLE : _____	VILLE : _____
Téléphone du domicile : _____	Téléphone du domicile : _____
Email : _____ @ _____	Email : _____ @ _____
Portable : _____	Portable : _____
Profession : _____	Profession : _____
Adresse travail : _____ _____	Adresse travail : _____ _____
Code Postal – Ville : _____	Code Postal – Ville : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____

Fait à _____

Le ____ / ____ / 20..

Signature du responsable légal :

Cocher si également
a déposé un dossier à l'EFIATP:

VOTRE CONTACT AU CFCTP :

Sophie SALEIX :

Tel: 05.55.93.05.18

ssaleix@cfcegletons.com

L'INSCRIPTION

MENTION COMPLEMENTAIRE EN UN AN (Contrat d'apprentissage) :

TECHNICIEN(NE) EN RÉSEAUX ÉLECTRIQUES

Attention : Formation accessible après un diplôme de niveau 4 :

Bac pro TP, Bac pro MELEC (ex-ELEEC), Bac pro MEI, BP IEE ou équivalent

L'ENTREPRISE D'ACCUEIL

Si vous êtes déjà en contact sérieux avec une entreprise, **précisez ci-dessous ses coordonnées** :

Raison sociale et adresse complète : _____

Nom et Tél du responsable : _____ / _____

**Si vous avez une promesse d'embauche en contrat d'apprentissage,
joindre un courrier d'engagement de l'entreprise**

Etes-vous disposé éventuellement à vous éloigner de votre domicile pour trouver une entreprise d'accueil ?

NON OUI Si oui, sur quel secteur géographique : _____

LES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

↪ Les 4 pages du dossier d'inscription remplies **lisiblement** recto / verso
(questionnaire de motivation inclus)

↪ Les pages 6 et 7 « Informations médicales » à faire remplir et signer par le médecin traitant

↪ Un document de votre établissement actuel mentionnant : votre **n°INE**, l'adresse de l'établissement et la formation suivie dans cet établissement

↪ Les PHOTOCOPIES LISIBLES :

- Des 2 premiers bulletins trimestriels de l'année scolaire en cours ainsi que des 3 bulletins de l'année précédentes,
- Du(des) diplôme(s) éventuellement obtenu(s),
- De la carte d'identité recto / verso.

Attention ! Tout dossier incomplet ne sera pas étudié en commission d'admission

QUESTIONNAIRE DE MOTIVATION DU CANDIDAT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

➤ Décrivez votre démarche scolaire en faisant ressortir vos préférences concernant les matières étudiées et les diverses activités exercées :

➤ Expliquez en quelques lignes les raisons pour lesquelles vous souhaitez vous orienter vers cette formation :

➤ Quel domaine de ce métier vous intéresse le plus? Argumentez.

➤ Comment, dès à présent, imaginez-vous votre carrière ?

Nota : Les réponses sont le fruit du travail personnel du candidat ou de la candidate, sans intervention de l'entourage et doivent être écrites de sa main.

Informations concernant une candidature au CFCTP Egletons

Type : par alternance - 3 semaines en entreprise et 3 semaines à l'école (en moyenne).

Objectif : Diplômes de l'Education Nationale Mention Complémentaire de niveau 4.

Statut du candidat admis : salarié d'entreprise en contrat d'apprentissage*.

Inscriptions : Vous devez retourner votre dossier d'inscription complet avant la date limite.

Admissions : sur dossier, sélection par une commission d'admission interne.

Les admissions sont soumises à l'obtention du diplôme requis pour l'entrée en formation et à la signature d'un contrat d'apprentissage avec une entreprise.

Entrée en formation : Elle se fera à partir de septembre.

Horaires de formation: lundi 9h-12h / 13h30-17h30 – du mardi au jeudi 8h-12h / 13h30-17h30 – vendredi 8h-12h

Modalités de formation : formation en présentiel avec alternance entre séquences pratiques sur les plateformes et séquences théoriques dispensés en salles de cours.

Hébergement-Restauration : Le CFCTP propose un hébergement en résidence avec des chambres doubles.

Un service de restauration est également proposé en self.

Vous pouvez bénéficier une aide de l'OPCO : 3 € par repas pris au centre et 9 € par nuitée au Centre.



***ATTENTION ! Ne pas confondre contrat de professionnalisation et contrat d'apprentissage.**

Informations médicales

A COMPLETER, DATER ET SIGNER PAR LE RESPONSABLE LEGAL OU L'APPRENTI MAJEUR

STAGIAIRE:

NOM:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Sexe: Masculin Féminin

N° de Sécurité Sociale:

Poids:

Acuité auditive: Appareil: oui non

VACCINATIONS

Vaccins	Dernières injections	Prochain rappel
DTP (Revaxis, Tertravac,....)		
R.O.R		
Hépatite B		
Méningocoque		
Autres		

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

Précisez les troubles (dyslexie, dyspraxia, dyscalculie, dysorthographe,...) et le niveau de difficultés:

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom:

Adresse complete:

Code postal et ville:

Téléphone:

QUESTIONNAIRE ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

MALADIES – Avez-vous eu les maladies suivantes?

Bronchite fréquente:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Anomalies dans les urines:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez:	<hr/>	
Pneumothorax – Pleurésie:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Anomalies sur un bilan sanguin dans les 12 derniers mois:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syncope, perte de connaissance, évanouissement:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez:	<hr/>	
Palpitations:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Calcul renal ou urinaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle ou maladie du Coeur:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Méningite, encéphalite:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez:	<hr/>		Epilepsie, convulsions:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Manifestation d'intolérance à l'effort (maaises divers):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Paralysies:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez:	<hr/>		Maladies gynécologiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres Maladies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez:	<hr/>		Si oui, précisez:	<hr/>	
Troubles digestifs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<hr/>	
Avez-vous déjà été hospitalisé?					
Si oui, précisez le motif:					
<hr/>					
<hr/>					

UN SOUCI

Je soussigné, M. et / ou Mme
certifie(nt) exact les éléments mentionnés di-dessus concernant le ou la

Fait à _____, le _____
Signature: _____