

DATE LIMITE DE RETOUR  
**AVANT LE 31 MAI 2024**

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

## 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 :** \_\_\_\_\_

**Numéro INE (Identifiant National Élève) :** \_\_\_\_\_ **(OBLIGATOIRE)**

**Adresse :**

\_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_ 

**Adresse mail :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Reconnaissance handicap :**  OUI  NON

**Besoin(s) aménagement scolaire et/ou pédagogique :**  OUI  NON

**Si oui : Le ou lesquels ? :** \_\_\_\_\_

Age au 1<sup>er</sup> Septembre 2024

\_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_ mois

Département :

## SCOLARITE ANTERIEURE

### Année 2023-2024

<b>Intitulé du diplôme préparé</b>	<b>en :</b> <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> contrat de professionnalisation
<b>Classe</b>	
<b>Nom établissement</b>	
<b>CP et Ville</b>	
<b>Ou</b> <input type="checkbox"/> En emploi <input type="checkbox"/> Autre situation, précisez :	

### Dernier diplôme obtenu :

<b>Intitulé du diplôme</b>	
<b>Année de l'obtention</b>	
<b>Nom établissement</b>	
<b>CP et Ville</b>	

## 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

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale :  
\_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse travail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal – Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20..

Signature du responsable légal :

### RESPONSABLE LEGAL 2

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale :  
\_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse travail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal – Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

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

## L'INSCRIPTION

### MENTION COMPLÉMENTAIRE 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

Vous avez une entreprise d'accueil :

Raison sociale et adresse complète : \_\_\_\_\_

Nom et Tél du responsable : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Joindre un courrier d'engagement de l'entreprise au dossier d'inscription**

Non, pas encore

Non, pas encore, mais j'ai commencé mes recherches et j'attends des réponses.

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

NON  OUI  Si oui, sur quel secteur géographique : \_\_\_\_\_

**L'admission à la formation Mention complémentaire Technicien en réseaux électrique ne se fera qu'aux conditions suivantes : avoir une entreprise d'accueil pour le contrat d'apprentissage et obtenir son baccalauréat**



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

## 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 MEDICALES

**STAGIAIRE:**

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Sexe: Masculin  Féminin

N° de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_

Acuité auditive: Appareil: oui  non

VACCINATIONS ET SANTE		
Vaccins	Dernières injections	Prochain rappel
DTP (Revaxis, Tertravac,...)		
R.O.R		
Hépatite B		
Méningocoque		
Autre		

**Merci de joindre une photocopie du carnet de vaccination**

**Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance du centre (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, problème de santé,...) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 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:

Téléphone:

**EN CAS D'ACCIDENT**

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone, ainsi que le nom et le numéro d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement :

	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail
Père			
Mère			
.....			

En cas d'urgence, le stagiaire accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté sur décision du SAMU. La famille sera avertie par nos soins. Un stagiaire mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille.

Fait à

Le

Signature du stagiaire majeur ou de son représentant légal:

## LES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- ↪ Les pages du dossier d'inscription remplies **lisiblement** recto / verso (questionnaire de motivation inclus)
  - ↪ Les pages « Informations médicales » à remplir et joindre une photocopie du carnet vaccinal
  - ↪ **Un document de votre établissement actuel mentionnant : votre n°INE, l'adresse de l'établissement et la formation suivie dans cet établissement**
  - ↪ **Les PHOTOCOPIES DOIVENT ÊTRE LISIBLES :**
    - Des 2 premiers bulletins trimestriels de l'année scolaire en cours ainsi que des 3 bulletins de l'année précédente,
    - Du(des) diplôme(s) éventuellement obtenu(s),
    - De la carte d'identité recto / verso
    - Curriculum-Vitae à jour
    - Une photocopie du certificat de participation à l'appel de préparation à la défense.
- En cas de situation d'handicap et d'aménagement :**
- Notification RQTH en cas de situation d'handicap
  - Photocopie Plan d'aménagement scolaire ou pédagogique déjà obtenu
- Attention ! Tout dossier incomplet ne sera pas étudié en commission d'admission**

## 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'Éducation 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.

**VOS CONTACTS AU CFCTP :**

Sophie SALEIX : Assistante administrative

ssaleix@cfcegletons.com

Tel: 05.55.93.05.18

Adresse : CFCTP EGLETONS – 26 rue de Bellevue – BP 19 -19300 EGLETONS

Thierry BARTHUEL : Référent pratique

tbarthuel@cfcegletons.com

Tel: 05.55.93.05.18

Adresse : CFCTP EGLETONS – 26 rue de Bellevue – BP 19 -19300 EGLETONS

**À RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ, ACCOMPAGNÉ DE  
TOUTES LES PIÈCES DEMANDÉES,**

**AVANT LE 31 MAI 2024**

par mail (version PDF) à [ssaleix@cfcegletons.com](mailto:ssaleix@cfcegletons.com) ou

par courrier : CFCTP EGLETONS – 26 rue de Bellevue – BP 19 -19300 EGLETONS