

Moyen de locomotion : oui non

SITUATION FAMILIALE

Contraintes horaires éventuelles :

.....

CAPACITÉ A INTEGRER LA FORMATION			
Eléments à vérifier	Oui	Non	Commentaires
Acceptation des contraintes liées à la formation.			
Acceptation des contraintes horaires (horaires de formation normale ou en équipe).			
Capacité à gérer son organisation personnelle et familiale en étant en formation (temps de travail personnel ...).			
Capacité à s'intégrer dans un groupe de formation (comportement, expression orale...).			
Le stagiaire a une présentation compatible avec la formation visée			

RÉSULTATS DES TESTS D'ÉVALUATION INITIALE

Volume horaire pratique prévisionnel :

Type de formation	Type de financement possible

Commentaires :

.....

.....

NOM
ADRESSE – CP - VILLE
N° siret – N° d'agrément
Téléphone – Mail : - Site

CRITERE 2.3

DECRIRE ET FORMALISER LE PROCEDE UTILISE POUR EVALUER LE PROJET PROFESSIONNEL DU CANDIDAT

Tout support synthétisant les besoins identifiés du bénéficiaire (grilles d'analyse, diagnostics préalables, dossiers d'admission, comptes- rendus d'entretien, critères de détermination de l'opportunité et de la faisabilité de la prestation par exemple).

DATE :

REPLIE PAR :

Origine du contact (provenance) :

Formation demandée :

ÉTAT CIVIL

NOM : Prénom :

Date de naissance : Age : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : / / / / / Portable : / / / / /

Mail :

SITUATION ACTUELLE

Situation actuelle (DE, salarié, ...) :

Si Demandeur d'emploi : N° identifiant :

Pôle emploi : Nom du correspondant :

PROJET PROFESSIONNEL

☐ Préciser le niveau de mobilité et les éléments d'exigence :

PERMIS DE CONDUIRE

Catégorie	Date d'obtention	Civil ou militaire	Expérience sur véhicule
-----------	------------------	--------------------	-------------------------

NOM
ADRESSE - CP - VILLE
N° sret - N° d'agrément
Téléphone - Mail : - Site