

FORMATION :

INFORMATIONS PERSONNELLES

| | |
|---|--|
| Nom : | Prénom : |
| Nom de Jeune Fille : | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Date de Naissance : | Age : |
| Ville et pays de Naissance : | N° de carte de séjour : |
| Nationalité : | Date de fin de carte de séjour : |
| N° de sécurité Sociale : | |
| Adresse : | |
| Code Postal : | Ville : |
| Téléphone portable : | Téléphone fixe : |
| Mail principal : | Mail complémentaire : |
| Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) | Nombre d'enfants : |
| Famille monoparentale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Dont moins de 14 ans : |
| Autres personnes à charge : | Dont enfant.s handicapé.s : |
| Mode.s de garde en cours : | Mode.s de garde à venir : |
| Personne.s à contacter en cas d'urgence : | Téléphone.s : |
| Personne.s à contacter en cas d'urgence : | Téléphone.s : |

VOTRE SITUATION FACE A L'EMPLOI

| | |
|---|---|
| Demandeur d'emploi : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Longue Durée (+ de 12 mois) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| N° identifiant Pôle Emploi : | Ville de l'agence Pôle Emploi : |
| Allocation de retour à l'emploi (ARE) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Conseiller Pôle Emploi : |
| Date d'inscription Pôle Emploi : | Date de fin d'indemnisation : |
| Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation de Solidarité Spécifique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Etes-vous bénéficiaire du RSA : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Nom de l'assistante sociale : | Ses coordonnées : |
| Nom du référent social : | Ses coordonnées : |
| Etes-vous reconnu Travailleur Handicapé ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours | Depuis quelle date ? |
| Bénéficiez-vous : <input type="checkbox"/> d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> d'une rente d'invalidité | Conseiller Cap Emploi : |

VOS CONTRAINTES

Rencontrez-vous des difficultés ou limitations consécutives à votre environnement (hors situation.s de handicap), du fait de :

- Votre logement OUI NON
- Vos déplacements OUI NON
- Votre situation familiale OUI NON
- Votre situation financière OUI NON
- Votre situation administrative OUI NON
- Autre.s :

Si vous le souhaitez, développez :



MOBILITE

Avez-vous le permis de conduire ? : OUI NON En cours
 Type de permis : A B C D E
 Avez-vous prévu de le passer prochainement ? : OUI NON
 Avez-vous un véhicule pour vous déplacer ? : Auto Moto Scooter Vélo Covoiturage
 Si vous n'avez aucun moyen personnel de locomotion, comment vous déplacez vous ?.....

LOISIRS

Quels sont vos loisirs ? :

 Faites-vous partie : d'un club d'une association Autre.s :.....

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

| | |
|---|---|
| Avez-vous une ou des expériences professionnelles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Est-ce une réorientation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Coordonnées de la dernière entreprise : | En France ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de début de contrat : Date de fin de contrat : |
| Coordonnées de l'entreprise | En France ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de début de contrat : Date de fin de contrat : |
| Coordonnées de l'entreprise | En France ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de début de contrat : Date de fin de contrat : |

Merci de joindre votre CV

LANGUES PRATIQUÉES

(Entourez votre niveau : LM = Langue Maternelle, B = Bilingue, C = Courant, M = Moyen, N = Notions)

Langue(s) :

1..... Niveau : LM B C M N
 2..... Niveau : LM B C M N
 3..... Niveau : LM B C M N

Commentaires :

PARTICIPATION AU MONDE ASSOCIATIF, BENEVOLAT, SECOURISME...

Avez-vous fait du bénévolat dans une association : oui non
 Si oui, le(s)quel(s) :
 Avez-vous participé à des activités scolaires et/ou culturelles et/ou sportives... ?
 Si oui, le(s)quel(s) :
 Avez-vous participé à des actions de secourisme ou activités associées ?
 Si oui, le(s)quel(s) :
 Obtention d'un Brevet de Secourisme : OUI NON Si oui, lequel ? PSC 1 AFPS PSE 1 ou 2 AFGSU 1 ou 2
 SST



SI VOUS ETES EN SITUATION DE HANDICAP

Sans aborder votre dossier médical ou votre pathologie, merci d'indiquer ce que vous ne pouvez pas faire du fait de votre état physique ou psychique et les outils d'aide qui vous sont indispensables :

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

Etes-vous titulaire de :

- l'AAH (Allocation aux adultes handicapés)
- la CMI (Carte mobilité inclusion) mention Invalidité
- une rente de la Sécurité sociale, accordée suite un accident du travail ou une maladie professionnelle
- une pension d'invalidité (si capacités réduites $\geq 2/3$)
- une pension militaire d'invalidité

MOYENS A METTRE EN ŒUVRE AMENAGEMENT(S) SUIVANT LE TYPE DE HANDICAP

Adaptations organisationnelles, matérielles et pédagogiques. Cocher les items nécessaires à votre parcours de formation :

- Identifier une place adaptée en salle de cours (face à l'écran ou au tableau, sur un côté...)
 - Proposer des supports écrits aérés et agrandis
 - Limiter la prise de notes (synthèse du cours photocopié)
 - Mettre en place un tutorat (prise de notes...)
 - Fournir systématiquement les supports de cours (photocopies ou sur clé USB)
 - Proposer des supports visuels pour faciliter la compréhension
 - Aider à la mise en place de méthodes de travail
 - Proposer à l'apprenant des fiches outils
 - Faciliter l'apprentissage des règles par des moyens mnémotechniques
 - Autoriser l'utilisation d'une calculatrice simple
 - Accorder un temps majoré pour les évaluations
 - Diminuer le nombre d'exercices, de questions le cas échéant lorsque la mise en place du temps majoré n'apparait pas possible
- ou souhaitable
- Privilégier les évaluations sur le mode oral
 - Répéter les consignes
 - Permettre l'utilisation de la tablette ou de l'ordinateur
 - Permettre l'utilisation de logiciel ou d'application spécifique
 - Autoriser un temps de sortie pendant les évaluations pour soins
 - Possibilité de se lever, de marcher, d'aller aux toilettes, y compris pendant la 1^{ère} heure des évaluations
 - Travail sur l'accessibilité des locaux (plan incliné, ascenseur...)
 - Mobilier adapté (plan de travail incliné ou autre)
 - Conditions particulières d'éclairage
 - Adaptation du planning
 - Autres :

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

Signature organisme de formation :

Signature candidat.e :

Document complémentaire, interne à l'organisme de formation

Eléments complémentaires recueillis lors de l'entretien individuel d'accueil / de recrutement

FORMATION DEMANDEE:

DATE de L'ENTRETIEN :

PRENOM – NOM du(de la) candidat(e) :

CV communiqué lors de l'entretien individuel : Oui Non > Si non, à communiquer le : _____

Facilité à remplir ce questionnaire : Oui Non A eu besoin de l'aide d'un tiers A eu besoin de l'aide de l'OF

Accès à l'information :

- par un partenaire SPE : par un partenaire associatif : par une institution :
 par les réseaux sociaux : par notre site Internet par un autre site Internet :
 par une connaissance : par un ancien stagiaire : Autres :

Les motivations sont : clairement exprimées pas clairement exprimées

difficultés par le.a candidat.e à les exprimer (besoin d'un questionnement précis de la part de l'OF)

Existence des exigences pré-requis / Conditions d'accès à la formation/au diplôme, en date de l'entretien réalisé ce jour:

Le projet professionnel est argumenté, détaillé par des exemples et des projections de vie. Des lieux de stage sont déjà recherchés :

L'environnement de la formation a été abordé par l'OF, ainsi que les freins périphériques éventuels (mobilité, contexte familial, santé, freins actuels ou à venir....)