



NOM DE NAISSANCE : **NOM D'USAGE :**

Prénom :

Né(e) le : **à (ville) :**

N° - Nom département de naissance : **Nationalité :**

Adresse complète :

.....

Code postal : **Commune :**

Adresse mail (veuillez compléter en MAJUSCULE) :@

☎ Portable : - **☎ fixe :**

STATUT ACTUEL

☞ SALARIE : oui non Si oui, préciser : CDI / CDD - secteur public secteur privé

Nom de l'employeur :

Depuis le : | | | - | | | - | | | | | |

Adresse - code postal et ville :

Demande de CIF réalisée : oui non si oui ORGANISME :

☞ DEMANDEUR D'EMPLOI : oui non Numéro identifiant France Travail : | | | | | | | | | |

Région :

☞ AUTRE SITUATION (précisez) : (ex lycéen(ne), étudiant(e), ...)

NIVEAU D'ETUDES

DIPLOME(S) OBTENU(S) - Précisez-le(s) avec date et lieu d'obtention

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

DIPLOME en cours (précisez) :

PAS DE DIPLOME

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Signature du candidat - Signature autorité parentale

Si le candidat est mineur, signature de l'autorité parentale.

A le 2024

Je soussigné(e), M. Mme
ACCORTE / **REFUSE** que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet. (Merci de cocher la case correspondante)

Je soussigné(e), M. Mme
ATTESTE avoir pris connaissance des éléments du dossier médical à fournir en cas d'admission en formation.

CADRE RESERVE A L'IFAS

- CNI/passeport/Titre de séjour
- CV et Lettre de motivation
- Titres ou diplômes
- pas de diplôme
- Document manuscrit situation personnelle ou professionnelle
- Attestations / appréciations de travail
- Relevés et appréciations de résultats ou bulletins scolaires