



PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENT STAGIAIRE

Libellé

SESSION DU

(*Une inscription n'est confirmée que si un acompte est versé)

NOM

PRENOM :

NATIONALITE :

N°SECURITE SOCIALE

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE

CODE POSTAL :

VILLE :

MAIL

PORTABLE

N° PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN :

PRISE EN CHARGE :

Montant €

MONTANT RESTANT A LA CHARGE DU STAGIAIRE :

Mode de paiement	Numéro de chèque	Montant	Date d'encaissement	Date de Dépôt	Vendeur

A EPINAY LE : / /2021

Signature du stagiaire :

G.I.S.T

Précédé de la mention

« Lu et approuvé »

FORMATION

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SST | <input type="checkbox"/> SSIAP3 | <input type="checkbox"/> Recyclage CQP-APS |
| <input type="checkbox"/> CQP-APS | <input type="checkbox"/> HOBO | <input type="checkbox"/> Recyclage SST |
| <input type="checkbox"/> SSIAP1 | <input type="checkbox"/> RAN SSIAP | <input type="checkbox"/> REC SSIAP |
| <input type="checkbox"/> SSIAP2 | | <input type="checkbox"/> |

DEBUT DE LA FORMATION

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Session FEV 2021 | <input type="checkbox"/> Session MARS 2021 | <input type="checkbox"/> Session AVEIL 2021 | <input type="checkbox"/> Session MAI 2021 |
| <input type="checkbox"/> JUIN 2021 | <input type="checkbox"/> JUILLET 2021 | <input type="checkbox"/> AOUT 2021 | <input type="checkbox"/> SEPT 2021 |

IDENTITE

Nom : **Nom de Jeune Fille :**

Prénom : ...

Né(e) le :/...../..... **A :** **Nationalité :**

N° de Sécurité Sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Adresse :

CP : **Ville :**

Téléphone fixe : **Portable :**

E-mail :

Diplômes

Diplôme scolaire :

Diplôme lié à la sécurité :

PERSONNE N'A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom : **Tél :**

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

En CDD Demandeur d'emploi

En CDI depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ Intérimaire

Raison sociale de la société ou de l'Agence Intérim :

Adresse de la société :

Personne à contacter en entreprise responsable du dossier:

Nom et Fonction :

Autre contact :

Tél. : **Fax :**

E-mail :

FINANCEUR

FONGECIF Pôle emploi Mission locale Plie Autre (préciser) :

Conseiller en charge du dossier : Nom : **Tél. :**

Date : / / **signature du stagiaire.....**