

BREVET DE MAITRISE

Année 2013/2014

1^{ère} année

2^{ème} année

☞ *Pour les stagiaires de 2^{ème} année, merci de compléter les rubriques :*

- « **identité** »,
- « **situation au moment de l'entrée en formation** » (uniquement en cas de changement),
- « **expérience professionnelle** » (uniquement en cas de changement),
- « **projet professionnel** ».

Merci de nous signaler tout changement au cours de la formation

IDENTITE

Mme M.

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tel fixe : Tel portable :

Autre tel (précisez) :

Mail :

Date de naissance :/...../..... Age :

Lieu de naissance / pays :

Nationalité : Française Autre (précisez) :

Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité

FORMATION INITIALE

Année de sortie du système scolaire :

Dernière classe fréquentée :

Avez-vous été scolarisé en France : OUI NON

- **Si OUI**, cochez le(s) niveau(x) de formation atteint(s) :

Niveau de formation	Validé	Non validé	Spécialité du diplôme
<input type="checkbox"/> Certificat de formation générale (CFG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat d'étude primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BEPC ou Brevet des collèges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CAP ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BEP ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BP ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BAC professionnel ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BAC technologique ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BAC général ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BTS – DUT ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DEUG ou diplôme de niveau équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Master ou diplôme supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Si NON**, indiquez le niveau (V, IV, III,...) acquis dans votre pays d'origine :

.....

Merci de joindre une copie de vos diplômes

FORMATION CONTINUE

Depuis la fin de vos études et avant d'entrer dans cette formation, avez-vous suivi une ou plusieurs formations (il ne s'agit pas des stages en entreprises effectués pendant la scolarité) :

OUI NON

Si OUI :

Nom de l'organisme de formation :			
Intitulé de la formation :			
Dates de la formation (JJ/MM/AAAA) :			
Validation (oui/non) et intitulé de la certification obtenue :			
Type de formation (insertion, orientation, qualification, remise à niveau,...)			
Voie (validation des acquis et de l'expérience, formation continue, équivalence,...)			

Avez-vous déjà suivi un bilan de compétences ? OUI NON

Si OUI, précisez :

SITUATION AU MOMENT DE L'ENTREE EN FORMATION

Votre statut au moment de l'entrée en formation (cocher la case correspondant à votre situation) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié
<input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié
<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi ou <input type="checkbox"/> Cadre demandeur d'emploi :
- <i>Etes-vous inscrit à Pole Emploi</i> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- <i>Votre identifiant ANPE</i> :
- <i>Depuis combien de mois êtes-vous inscrit en continu</i> :
- <i>Date de la dernière inscription</i> :
- <i>Au cours des 18 derniers mois, avez-vous été inscrit pendant 12 mois sans interruption</i> :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- <i>Si vous êtes demandeur d'emploi inscrit à la Mission locale</i> :
- <i>Depuis combien de mois êtes-vous inscrit</i> :
- <i>Date de la première inscription</i> : | <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise : <input type="checkbox"/> création ou <input type="checkbox"/> reprise d'entreprise
<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur
<input type="checkbox"/> Conjoint salarié |
|--|---|

Autre (*précisez*) :

Etes-vous reconnu travailleur handicapé ? OUI NON

Percevez-vous une allocation au moment de l'entrée en formation ?

- OUI (*Précisez*) :
 NON

A quel titre êtes-vous rémunéré pendant la formation ?

- Contrat de travail
 Formation non rémunérée
 Rémunération par Pole Emploi
 Congé individuel de formation (CIF)
 Plan de formation continue
 Autre (*précisez*) :

L'accès à la formation fait suite à :

- un bilan de compétence
 un bilan AFPA
 une prestation Pôle Emploi
 une démarche de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)
 une formation préparatoire
 autre (*précisez*) :

Qui vous a orienté vers cette formation ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pole Emploi
<input type="checkbox"/> Mission Locale
<input type="checkbox"/> CAP EMPLOI
<input type="checkbox"/> un Organisme de formation
<input type="checkbox"/> Vous-même
<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : | de (<i>précisez le lieu de la structure</i>) :
de (<i>précisez le lieu de la structure</i>) :
de (<i>précisez le lieu de la structure</i>) :
<input type="checkbox"/> Courrier du C.F.A. « Le Moulin Rabaud » |
|--|--|

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Emploi actuel occupé (*intitulé exact*) :

Sinon, dernier emploi occupé (*intitulé exact*) :

Nom et adresse complète de votre employeur ou de votre salon :

.....

.....

Nom et prénom du responsable :

Siret de l'entreprise : _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **N° de téléphone** :

Secteur d'activité : (*bâtiment, coiffure, alimentation, ...*)

Travaillez-vous les lundis ? : OUI NON

.....

Précisez le type de contrat :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée (CDI) | <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise (Régime TNS) |
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée (CDD)
supérieur à 6 mois | <input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur |
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée (CDD)
inférieur à 6 mois | <input type="checkbox"/> Conjoint salarié |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Contrat aidé (<i>précisez</i>) : |
| <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : |
| | |

Date de cet emploi (*JJ/MM/AAAA*) : du : (au :))

Pour les contrats à durée déterminée : **durée** du contrat (*en mois*) :

S'agit-il d'un emploi à : temps plein à temps partiel

Pour les emplois à temps partiel, indiquez la **durée hebdomadaire** : H.....

Avez-vous déjà travaillé à votre compte : OUI NON

Si oui, **intitulé de votre activité** :

Dates de début et de fin d'activité (*JJ/MM/AAAA*) : du : au :

