

FORMATION DE SURVEILLANT(E) DE NUIT QUALIFIE(E) ET MAITRE(SSE) DE MAISON QUALIFIE(E)

DOSSIER D'INSCRIPTION

Merci de bien vouloir retourner ce dossier dûment complété à l'adresse suivante :

ESEIS – 12 rue Jean Monnet
67300 SCHILTIGHEIM
03.88.18.61.33 – anne-sophie.heinrich@eseis-afris.eu

POUR LE 3 DECEMBRE 2020, DERNIER DELAI

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Une copie recto verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité
- Curriculum vitae
- 2 photos d'identité
- Si vous êtes en possession du SST, précisez la date d'obtention.....
- Justificatif de prise en charge du coût de la formation (Pôle emploi, OPCA...)
- Pour un demandeur d'emploi : évaluation de stage en situation professionnelle

ETAT CIVIL

NOM et Prénom : Mme Mlle M.....

NOM de jeune fille.....

Date et lieu de naissance (pays) : le.....à.....

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° Téléphone personnel : Portable.....

Courriel :

Votre niveau de qualification (diplômes, niveau d'études...)

- Niveau 3 (BAC + 2)
- Niveau 4 (BAC)
- Niveau 5 (CAP / BEP)
- Autres :

Vous souhaitez vous inscrire pour la formation de :

Surveillant(e) de nuit

Maitre(sse) de maison

Ancienneté dans la fonction : ans.

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Fonction exercée : Date d'entrée :

Votre type de contrat d'embauche :

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Contrat à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> | Contrat à durée déterminée | <input type="checkbox"/> |
| Emploi aidé | <input type="checkbox"/> | Interim | <input type="checkbox"/> |
| Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> | Contrat de professionnalisation | <input type="checkbox"/> |
- Autres :

Employeur :

Secteur d'activités :

Professionnel référent (nom, prénom, fonction) :

.....

Siège social :

Nom du directeur : Mme Mlle M.....

Adresse :

Code postal : Commune :

N° Téléphone : Courriel :

Lieu d'exercice professionnel (si différent) :

Nom du directeur : Mme Mlle M.

Adresse :

Code postal : Commune :

N° Téléphone : Courriel :

MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE

Organisme employeur:

Organisme financeur (Précisez : Unifaf, Agéfos, Uniformation...):

A titre personnel

SIGNATAIRE DE LA CONVENTION DE FORMATION (OPCA ou EMPLOYEUR)

NOM et fonction du signataire : Mme Mlle M.

.....

Dénomination de l'établissement :

.....

Le stagiaire

A, le

Signature

Accord de l'employeur (si financeur)

A, le

Signature et cachet