

DOSSIER DE CANDIDATURE

ALTERNANCE

BTS ASSURANCE

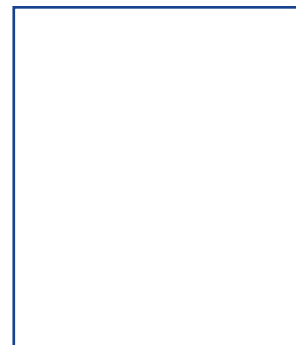
- 1^{ère} année
 2^{ème} année

Dossier **envoyé ou remis** le :
Dossier **retourné** le :

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom
Prénoms
Né(e) le à
Nationalité
N° de sécurité sociale
Situation actuelle : Scolaire Étudiant Salarié
 Demandeur d'emploi /numéro d'inscrit

Adresse
CP/Ville
Téléphone fixe Portable
E-mail



FORMATIONS & ACTIVITÉS ANTÉRIEURES

FORMATIONS ET DIPLÔMES

Années	Diplômes ou formations	Établissement

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

Années	Activités professionnelles / emplois occupés	Entreprise / employeur

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

ENTREPRISE D'ACCUEIL

Raison sociale
Adresse
.....
Téléphone
Contact

EN RECHERCHE

RENDEZ-VOUS LE :

Avis du responsable de centre de formation
(ou du chargé de recrutement)

- Dossier en attente
 Accepté
 Refusé
 Dossier annulé par le candidat
 Retour des pièces

PROJET PROFESSIONNEL / MOTIVATION

Nous vous demandons de répondre soigneusement aux questions suivantes :

1. Quels sont les critères qui vous ont aidé à choisir cette formation en alternance ?

2. Quel est votre projet professionnel ?

3. Comment avez-vous connu l'ISCB ?

- Ancien élève ONISEP Salons Par relation Presse réseaux sociaux
 Affichage Radio Télévision internet internet Autre (*à préciser*)

4. Langues vivantes étudiées :

LV1 ----- LV2 ----- LV3 -----

5. Avez-vous effectué des séjours à l'étranger ? A titre touristique ou linguistique ? (précisez)

6. Avez-vous des activités ou responsabilités extra-professionnelles (sportives, associatives, culturelles...) ?

7. permis de conduire OUI NON En cours

Date de validation du permis : -----

8. Véhicule OUI NON

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES DES PARENTS

ou responsables légaux

Nom / Prénom parent 1 -----

Profession parent 1 -----

Nom de l'entreprise -----

Adresse -----

CP/Ville ----- portable -----

Tel bureau -----

Nom / Prénom parent 2 -----

Profession parent 2 -----

Nom de l'entreprise -----

Adresse -----

CP/Ville ----- portable -----

Tel bureau -----

DÉLÉGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) (*À renseigner par les tuteurs légaux pour les candidats mineurs*)

Demeurant à

AUTORISE la direction du Centre de Formation, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation jugées indispensables et urgentes par le médecin.

SITUATION MÉDICALE

Problèmes de santé particuliers à signaler :

Contre - indications médicales (allergies à certains médicaments) :

Personne à contacter en cas d'urgence (*nom, prénom et numéro de téléphone*) :

Fait à le

Cette déclaration demeure valide toute la durée de la formation au Centre sauf indication contraire notifiée par écrit.

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

- Demande d'admission complétée
- 2 photos d'identité (*avec nom et prénom du candidat au verso*)
- Photocopie du livret de famille et de la carte d'identité
- Diplômes ou résultats des examens antérieurs
- Les bulletins semestriels des 2 dernières années de scolarité
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Attestation JDC

Signature : *"lu et approuvé"*

