

Comment avez-vous connu le CFPPA ?

Avez-vous déjà suivi une formation au CFPPA ? non oui

Si oui, laquelle ? _____

Date _____ Formation _____ Diplôme obtenu _____

Réservé à l'administration

- Règlement intérieur
- Attestation de couverture sociale
- Attestation d'assurance rapatriement
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie des diplômes

Date _____

Signature



CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE PROMOTION AGRICOLE

8 avenue du Parc – BP 215 - 21206 BEAUNE CEDEX

Téléphone : 03 80 24 79 95 – Fax : 03 80 24 07 55

E-mail : cfppa.beaune@educagri.fr - Site WEB : <http://www.beaune.educagri.fr/cfppa>

Dossier de Candidature

BP REA



A JOINDRE

- ✓ Une photo
- ✓ Photocopies des diplômes obtenus
- ✓ Lettre expliquant motivations et projets

photo

Etat Civil A REMPLIR LISIBLEMENT EN LETTRES MAJUSCULES

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Nationalité : _____

Né(e) le _____ à _____ Dép^t _____ Age _____

Célibataire Marié Veuf Divorcé Concubin

Nombre d'enfants : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél : _____ Portable : _____ Fax : _____

E. Mail _____

SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT :

Etudiant(e) en poursuite d'études

Travailleur indépendant (*exploitant, artisan, professions libérales*) _____

Salarié(e) en rupture de contrat - Profession : _____

Salarié(e) en cours d'emploi envoyé par mon entreprise – Profession : _____

Professionnel – Profession : _____

Demandeur d'emploi

- Inscrit(e) à l'ANPE depuis le _____

- Indemnisé(e) au titre de l'ARE (*Allocation Retour à l'emploi*) depuis le _____ jusqu'au _____

- Indemnisé(e) au titre d'une autre allocation : oui non

si oui laquelle (*RMI, ASS,*) _____ depuis le _____ jusqu'au _____

Autres : _____

Réservé à l'administration

Etat Civil (suite)

Profession du conjoint _____

Profession du père _____ Profession de la mère _____

Titulaire du permis de conduire B : oui non

Véhicule (type) : _____ N° d'immatriculation : _____

Reconnu travailleur handicapé : oui non

Réservé à l'administration

Adresse pendant la formation : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Protection Sociale

N° d'immatriculation : _____

Régime général (Sécurité Sociale). Caisse de rattachement : _____

MSA – Caisse de rattachement : _____

Formation Suivie

Date de sortie scolarité (préciser mois et année) _____

Établissement	Période Du au	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu (Intitulé – Joindre copie)	Voie scolaire	Apprentissage	Formation professionnelle
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie Professionnelle

Période Du au	Durée en Nombre d'années et de mois	Emploi occupé	Entreprise	Adresse

Maîtrise des langues

Langues	Bilingue	Bon niveau	Niveau moyen	Notions scolaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>