



DOSSIER DE CANDIDATURE
« TP ADVD »

| État civil | |
|---------------------------------|--------------|
| Nom : _____ | |
| Prénom(s) : _____ | |
| Adresse : _____ | |
| Code Postal : _____ | |
| Ville : _____ | |
| Téléphone : _____ | Mail : _____ |
| Date de naissance : _____ | Lieu : _____ |
| N° de sécurité sociale : _____ | |
| Organisme d'affiliation : _____ | |

| Situation de Famille | |
|---|------------------------|
| Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> | |
| <u>Situation professionnelle du conjoint :</u> | |
| Enfants : <u>Nombre :</u> | |
| <u>Age :</u> | |
| Situation Actuelle | |
| 1. Etes vous inscrit(e) au Pôle emploi ? | OUI NON |
| - depuis quand ? : | N° identifiant : |
| 2. Depuis combien de temps êtes-vous sorti du système scolaire ? | |
| 3. Percevez-vous une allocation chômage ? | OUI NON |

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| - si oui, laquelle ? | ARE <input type="checkbox"/> | ASS <input type="checkbox"/> | Date de fin indemnisation : | |
| 4. Percevez-vous le RSA ? | OUI | NON | Allocataire <input type="checkbox"/> | Ayant droit <input type="checkbox"/> |
| 5. Etes-vous reconnu CDAPH ? | OUI | NON | | |
| 6. Avez-vous une activité professionnelle ? | OUI | NON | | |
| - si oui, précisez le nombre d'heure de travail par semaine ainsi que votre emploi du temps : | | | | |
| - si non, indiquez les coordonnées complètes de votre dernier employeur ainsi que la durée de votre emploi : | | | | |
| 7. Si vous avez moins de 26 ans, précisez quel organisme vous suit :..... | | | | |

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Disponibilités | | | | |
| 1. Avez-vous le permis de conduire ? | OUI | NON | | |
| 2. Avez-vous une voiture personnelle ? | OUI | NON | | |
| - si non, quel moyen de locomotion utilisez-vous ?..... | | | | |
| 3. À partir de quand êtes-vous disponible ? | | | | |
| 4. À quelle heure pouvez-vous : | | | | |
| Commencer le matin : | | Finir le soir : | | |
| 5. Pouvez-vous travailler : | | | | |
| Le samedi <input type="checkbox"/> | | Le dimanche <input type="checkbox"/> | | |
| Entre 12h et 14h <input type="checkbox"/> | Jours fériés <input type="checkbox"/> | | La nuit <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| Santé | | | | |
| 1. Etes- vous à jour dans vos vaccinations ? (Attestation à fournir) | | | | |
| Hépatite <input type="checkbox"/> | Tétanos <input type="checkbox"/> | BCG <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/> | |
| 2. Etes - vous allergique à certains produits de nettoyage ? | OUI | NON | | |
| - si oui, lesquels ?..... | | | | |

| |
|------------------|
| Formation |
|------------------|

1. Avez-vous un ou des diplômes ? OUI NON

- si oui, lesquels :

Certificat d'étude primaire

BEPC

CAP / BEP : lesquels ?.....

Pré-qualification CAFAD

CAFAD

Bac : lequel ?

BAFA

Autres

.....

| Formations antérieures | | |
|-------------------------------|-------------------------|----------------------|
| <i>Années</i> | <i>Formation suivie</i> | <i>Etablissement</i> |
| | | |
| | | |
| | | |

| Expériences professionnelles (y compris emplois saisonniers, stages...) | | | |
|--|--------------|--------------|--------------------------|
| <i>Lieu</i> | <i>Année</i> | <i>Durée</i> | <i>Tâches effectuées</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| |
|---|
| Loisirs/ Centres d'intérêt /Engagement associatif |
| _____ |
| _____ |
| Projet Professionnel |
| Quel métier souhaitez-vous exercer aujourd'hui ? |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| Dans quel environnement souhaitez-vous travailler ? |
| _____ |
| _____ |
| Indiquez les raisons pour lesquelles vous souhaitez exercer ce métier |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| Que cherchez-vous à acquérir dans cette formation ? |
| _____ |
| _____ |
| Après la formation, vous voulez ? |
| *exercer à temps plein <input type="checkbox"/> |
| *exercer à temps partiel <input type="checkbox"/> |
| *ne travailler que quelques heures par semaine <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous travaillé auprès d'enfants ? |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous travaillé auprès de personnes dépendantes ? |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous travaillé auprès de particulier employeur ? |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, dans quelles circonstances et quelles activités ? |
| _____ |

Je certifie exacts les renseignements fournis dans ce dossier, et vous tiendrais informé de toutes modifications.

Fait àLe, Signature :

PIECES à JOINDRE au DOSSIER de CANDIDATURE

Copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité

