AUTO ECOLE PLANETE

1 PLACE DELA PAIX

26000 VALENCE

AGR E0402605400

SIRET 75221782800066

TEL 0625947331 / autoecoleplanete26@gmail.com

DATE : REMPLIE PAR : Origine du contact (provenance) : ......................................................................................................... Formation demandée : ............................................................................................................................ ÉTAT CIVIL NOM : ...................................................... Prénom : ............................................................................. Date de naissance : ........................... Age : ................ Lieu de naissance : ........................................ Adresse : .................................................................................................................................................. Code postal : ...................................... Ville : ........................................................................................ Tél : .... / ..... / .... / ..... / ..... Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Mail : ...............................................................................................................

SITUATION ACTUELLE Situation actuelle (DE, salarié, …) :

Si Demandeur d’emploi : N° identifiant : ........ Pôle emploi : .........................................

Nom du correspondant : .........................................................

PROJET PROFESSIONNEL Préciser le niveau de mobilité et les éléments d’exigence : .................................................................. .................................................................................................................................................................. PERMIS DE CONDUIRE

Catégorie

Date d’obtention Civil ou militaire

Expérience sur véhicule.

DECRIRE ET FORMALISER LE PROCEDE UTILISE POUR EVALUER LE PROJET PROFESSIONNEL DU CANDIDAT

Moyen de locomotion : oui non

SITUATION FAMILIALE Contraintes, horaires éventuelles : ............................................................................................................

CAPACITÉ A INTEGRER LA FORMATION oui non

Acceptation des contraintes liées à la formation : oui non

Acceptation des contraintes horaires (horaires de formation normale ou en équipe). Oui non

Capacité à gérer son organisation personnelle et familiale en étant en formation (temps de travail personnel …). Oui non

Capacité à s’intégrer dans un groupe de formation (comportement, expression orale...). oui non

Le stagiaire a une présentation compatible avec la formation visée : oui non

RÉSULTATS DES TESTS D’ÉVALUATION INITIALE : Volume horaire pratique prévisionnel : ……………… Type de formation

Type de financement possible

Commentaires : ..................................................................................