

Dossier de Candidature 2010



CANDIDAT

NOM : Mlle , M.

PRENOMS

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à

Nationalité Française Union Européenne (UE) Hors Union Européenne

Adresse

.....

Code Postal Ville

Email

Téléphone fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INE ou BEA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PERE DU CANDIDAT

Nom : Prénom

Adresse Téléphone fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

..... Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code Postal Ville

Email Profession

MERE DU CANDIDAT

Nom : Prénom

Adresse Téléphone fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

..... Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code Postal Ville

Email Profession

Partie réservée à l'administration - ne rien inscrire

Réception du dossier le :

Incomplet

Pièce d'identité

Bulletins de notes

Diplômes

Notes

.....

.....

.....

Remis le :

Saisi le :

ETABLISSEMENTS FREQUENTES AU COURS DES QUATRE DERNIERES ANNEES

Année	Etudes suivies / classe	Etablissement fréquenté	Ville
2009 / 2010			
2008 / 2009			
2007 / 2008			
2006 / 2007			

DIPLOMES OBTENUS

Diplômes obtenus (intitulé exact du diplôme)	Date d'obtention

Diplôme le plus élevé obtenu : Aucun Bac Technique
 Brevet des collèges Bac Professionnel
 CAP / BEP Bac + 2
 Bac Général Bac + 3 ou plus

Etes vous titulaire de :

ASSR 1	ASSR 2	BSR
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Indiquez vos expériences professionnelles : stages, travaux d'été, etc.

Entreprise	Poste occupé	Dates :
		Début (mois/année) Fin (mois/année)

VOTRE PROJET

Quelle spécialité vous intéresse ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie | <input type="checkbox"/> Paramédical | <input type="checkbox"/> Cosmétique |
| <input type="checkbox"/> Sanitaire et sociale | <input type="checkbox"/> Petite Enfance | <input type="checkbox"/> Adulte Non Autonome |
| <input type="checkbox"/> Commerce | | |

Quel diplôme envisagez-vous de présenter ?

- | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brevet Professionnel | <input type="checkbox"/> BAC PRO | <input type="checkbox"/> BEP | <input type="checkbox"/> CAP | ⇒ Contrat d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> CQP | | | | ⇒ Contrat de professionnalisation |

Quel est votre projet professionnel ?

Pour quelles raisons avez-vous choisi de venir à l'IFPS Côte d'Azur ?

- 1 -
- 2 -
- 3 -

Comment imaginez-vous votre situation dans les prochaines années ?

- L'année prochaine je
- Dans 2 ans, je
- Dans 3 ans, je
- Dans 4 ans, je

Quelles activités personnelles pratiquez-vous (hobbies, sports, association, etc.) ?

VOTRE NIVEAU SCOLAIRE ?

Avez-vous des difficultés dans certaines matières ? Si oui, lesquelles ?

Avez-vous des problèmes de compréhension de type dyslexie, dyscalculie, etc ? Oui Non

COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNU ?

- | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Publicité | <input type="checkbox"/> Article presse | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Salon : lequel ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Collège | <input type="checkbox"/> Lycée | <input type="checkbox"/> CIO | <input type="checkbox"/> CIDJ | <input type="checkbox"/> Mission Locale |
| <input type="checkbox"/> Ancien apprenti | <input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

PIECES A JOINDRE

1. Le **présent dossier** dûment rempli et signé
2. Une photocopie recto verso de la **carte d'identité** ou du **titre de séjour** en cours de validité
3. Vos **trois derniers bulletins de notes**
4. **Deux timbres** au tarif normal
5. Une photocopie de vos **diplômes** déjà obtenus

Attention, tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Mlle, M. certifie l'exactitude des informations contenues dans le présent dossier et dans tous les documents joints.

A le

Signature du candidat

Signature du représentant légal
pour les candidats mineurs

Dossier à retourner à

Institut de **F**ormation **P**harmacie **S**anté Côte d'Azur

120, Bd du Point du Jour – 06700 SAINT LAURENT DU VAR

Tél. 04 93 31 49 69 - Fax : 04 93 14 47 31

e-mail : ifps@cote-azur.cci.fr

www.ifps-cote-azur.com

