

ÉVALUATION DU PROJET PROFESSIONNEL DU CANDIDAT

DATE :	REPLIE 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

Moyen de locomotion : oui non

SITUATION FAMILIALE

Contraintes horaires éventuelles :

.....

CAPACITÉ A INTEGRER LA FORMATION			
Eléments à vérifier	Oui	Non	Commentaires
Acceptation des contraintes liées à la formation.			
Acceptation des contraintes horaires (horaires de formation normale ou en équipe).			
Capacité à gérer son organisation personnelle et familiale en étant en formation (temps de travail personnel ...).			
Capacité à s'intégrer dans un groupe de formation (comportement, expression orale...).			
Le stagiaire a une présentation compatible avec la formation visée			

RÉSULTATS DES TESTS D'ÉVALUATION INITIALE

Volume horaire pratique prévisionnel :

Type de formation	Type de financement possible

Commentaires :

.....

.....