

*Date limite de candidature: 16 Juillet 2021*

■ Formation **souhaitée** : .....

M.       Mme

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

N° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail : .....

VAE :       VAP 85       Post VAE

■ Renseignements **Généraux**

Situation familiale :  Célibataire    Divorcé(e)    Marié(e) / vie maritale    Veuf(ve)

Nombre d'enfants : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Dernier diplôme obtenu : .....Année : .....

N° INE : .....

■ Informations **Complémentaires**  
pour les salariés/demandeurs d'emploi

Dernière formation effectuée : .....

Dernier emploi : .....Année : .....

Nombre d'années d'expérience professionnelle : .....

**Réservé à l'administration**

**Accepté(e)**

**Refusé(e)**

**En attente**

**PIECES A JOINDRE  
AU DOSSIER**

- 1 lettre de motivation manuscrite
- 1 curriculum vitae
- Pour les titulaires du Baccalauréat :  
1 photocopie du diplôme ainsi que le relevé de notes
- 1 photocopie des certificats de travail ou attestation de Sécurité Sociale (ou carte vitale)
- 1 photocopie de la pièce d'identité ou carte de séjour en cours de validité (avec autorisation de travailler à temps plein)
- 2 photos d'identité
- 1 photocopie de dernier avis de situation Pôle Emploi

**IMPORTANT : LE DOSSIER ET LES  
PIÈCES NE SERONT RENDUS EN  
AUCUN CAS.**

Dossier à renvoyer à :

Mme Alice Sivadjy

sivadjy@u-pec.fr

**Salarié :**

Nom de l'entreprise: .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Responsable du personnel : .....

Téléphone : .....

Télécopie : .....

Autorisation d'absence  OUI  NON

Fonction exercée : .....

Secteur d'activité : .....

**Salarié en congé individuel de formation**

Nom de l'OPCA auprès duquel vous avez fait une demande de prise en charge :

.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Dossier en cours  OUI  NON

N° dossier : .....

Dossier en cours  OUI  NON

**Salarié en plan de formation de l'entreprise**

Durée du plan de formation  1 an  2 ans

Prise en charge des frais de formation par l'employeur  OUI  NON

Prise en charge des salaires par l'employeur  OUI  NON

(joindre tous les documents relatifs aux prises en charge)

**Demandeur d'emploi :** .....

Percevez-vous l'aide de retour à l'emploi ?  OUI  NON

Si oui, jusqu'à quelle date : .....

Date d'inscription au Pôle Emploi : .....

Dernière fonction professionnelle exercée : .....

Date : .....

Signature: .....