



A JOINDRE

- ✓ Une photo
- ✓ Photocopies des diplômes obtenus
- ✓ Lettre expliquant motivations et projets
- ✓ Un curriculum vitae personnel

photo

Comment avez-vous connu le CFPPA ?

Avez-vous déjà suivi une formation au CFPPA ?

non oui

Si oui, laquelle ?

Date _____ Formation _____ Diplôme obtenu _____

Réservé à l'administration

- Règlement intérieur
- Attestation de couverture sociale
- Attestation d'assurance rapatriement
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie des diplômes

Etat Civil

A REMPLIR LISIÈLEMENT EN LETTRES MAJUSCULES

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Nationalité : _____

Né(e) le _____ à _____ Dépt^t _____ Age _____

Célibataire Marié Veuf Divorcé Concubin

Nombre d'enfants : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél : _____ Portable : _____ Fax : _____

E. Mail _____

SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT :

- Etudiant(e) en poursuite d'études
- Travailleur indépendant (exploitant, artisan, professions libérales)
- Salarié(e) en rupture de contrat - Profession : _____
- Salarié(e) en cours d'emploi envoyé par mon entreprise – Profession : _____
- Professionnel – Profession : _____
- Demandeur d'emploi
 - Inscrit(e) à l'ANPE depuis le _____
 - Indemnisé(e) au titre de l'ARE (Allocation Retour à l'emploi) depuis le _____ jusqu'au _____
 - Indemnisé(e) au titre d'une autre allocation : oui non
 - si oui laquelle (RMI, ASS,): _____ depuis le _____ jusqu'au _____
- Autres : _____

Date _____

Signature



CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE PROMOTION AGRICOLE

8 avenue du Parc – BP 215 - 21206 BEAUNE CEDEX
 Téléphone : 00 33 (0)3 80 24 79 95 – Fax : 00 33 (0)3 80 24 07 55
 E-mail : cfppa.beaune@educagri.fr - Site WEB : http://www.beaune.educagri.fr/cfppa

Réservé à l'administration

Etat Civil ^(suite)

Profession du conjoint _____
Profession du père _____ Profession de la mère _____
Titulaire du permis de conduire B : oui non
Véhicule (type) : _____ N° d'immatriculation : _____
Reconnu travailleur handicapé : oui non

Réservé à l'administration

Adresse pendant la formation : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Protection Sociale

N° d'immatriculation : _____
 Régime général (Sécurité Sociale). Caisse de rattachement : _____
 MSA – Caisse de rattachement : _____

Formation Suivie

Date de sortie scolaire (préciser mois et année) _____

Établissement	Période Du au	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu (Intitulé – Joindre copie)	Voie scolaire	Apprentis- sage	Formation profession- nelle
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie Professionnelle

Période Du au	Durée en Nombre d' années et de mois	Emploi occupé	Entreprise	Adresse

Maîtrise des langues

Langues	Bilingue	Bon niveau	Niveau moyen	Notions scolaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>