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

Tout support synthétisant les besoins identifiés du bénéficiaire (grilles d’analyse, diagnostics préalables, dossiers d’admission, comptes-rendus d’entretien, critères de détermination de l’opportunité et de la faisabilité de la prestation par exemple).

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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Moyen de locomotion : OUI NON

**SITUATION FAMILIALE**

Contraintes horaires éventuels :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**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 :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………