

## Certificat de spécialisation : « Plantes à parfum, aromatiques et médicinales à usage artisanal ou industriel »

### DOSSIER D'INSCRIPTION

**Rentrée 2019**

Vous souhaitez faire la formation :

- En continu       financement Région  
 PTP       CPF  
 Par alternance       contrat de pro.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Nouvelle commune \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Dernier diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Spécialité du diplôme : \_\_\_\_\_

Dernier emploi occupé : \_\_\_\_\_ Domaine d'activité : \_\_\_\_\_

Date dernière inscription Pôle Emploi : \_\_\_\_\_ N° d'identifiant : \_\_\_\_\_

Reconnaissance travailleur handicapé :  Oui       Non

Photo d'identité

3,5 x 4,5

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date d'envoi du dossier : \_\_\_\_\_ Date de réception du dossier : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Total PP : \_\_\_\_\_

Niveau d'études : \_\_\_\_\_

- Niv. IV filière (bac Pro PH, BPrea.....)  
 12 mois PP filière  
 36 mois tous secteurs (dérogation)

Dérogation nécessaire :  Oui       SRFD       Région  
 Non

Manque :

Dossier complet :  Oui       Règlement 20€       Fiche de liaison  
 Non

Convocation à la journée de validation :

Résultat de la commission :

Transmis le :

Infos FSE : Prescripteur : \_\_\_\_\_  DELD

Date d'entrée en formation :

- Parcours :  Complet  
 Individualisé

Statut :  PTP       POLE EMPLOI       RÉGION (ASP)       Contrat Pro.  
 Autre - préciser : \_\_\_\_\_

FORMATION CONTINUE



## VI - PARCOURS SCOLAIRE

Année	Classe	Etablissement	Diplôme

Avez-vous déjà effectué un stage de formation professionnelle rémunéré (même de courte durée) ?

OUI  NON

Si oui, dans quel centre de formation ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## VII - PARCOURS PROFESSIONNEL *(N.B. A remplir avec soin et jusqu'à ce jour - Indiquer tous secteurs d'activité - Les expériences professionnelles conditionnent l'accès à la certification.)*

Dates précises						Poste occupé	Nom et adresse de l'employeur
Du			Au				
Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		

## VIII- RENSEIGNEMENTS concernant l'entreprise d'accueil si formation en contrat de professionnalisation : *(à renseigner si vous avez validé le projet avec une entreprise susceptible de vous accueillir)*

Nom/prénom ou dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Nom du Responsable : \_\_\_\_\_

