

DOSSIER DE CANDIDATURE ALTERNANCE

A retourner pour le 04/07/2020 délai de rigueur, soit par courrier au GRETA de la Marne, Centre de Châlons-en-Champagne – 220, avenue du Général Sarrail – 51000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE
 Soit par courriel centre.chalons@gretamarne.com
 Pour tout renseignement, veuillez contacter Francis VOINEY au 03 26 65 07 66

Cadre réservé à l'administration

Date de réception : _____ par

CERTIFICATION PREPAREE : BREVET PROFESSIONNEL GOUVERNANT(E)

PAR LE CENTRE DE : CHALONS-EN-CHAMPAGNE

INFORMATIONS PERSONNELLES

MME M.

NOM : PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

NE(E) LE : _____

LIEU DE NAISSANCE : CODE POSTAL : _____

NATIONALITE⁽¹⁾ :

N° SECURITE SOCIALE : _____

TEL. PERSONNEL : _____ PORTABLE : _____

COURRIEL : @

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

PERMIS DE CONDUIRE Oui Non EN COURS VEHICULE OUI NON

Pour les mineurs :

NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL :

TEL. PERSONNEL : _____ PORTABLE : _____

COURRIEL : @

SONDAGE	
Comment avez-vous connu le GRETA ?	
<input type="checkbox"/> Par la presse <input type="checkbox"/> Par un salon <input type="checkbox"/> Par un site internet Lequel :	
<input type="checkbox"/> Par un ancien stagiaire <input type="checkbox"/> Portes ouvertes Où :	
<input type="checkbox"/> Une entreprise Laquelle :	
<input type="checkbox"/> Pole Emploi <input type="checkbox"/> Mission locale <input type="checkbox"/> CIO Lequel :	
<input type="checkbox"/> Réseau social Lequel :	
<input type="checkbox"/> Autre :	

VOTRE SITUATION FACE A L'EMPLOI

ACTUELLEMENT VOUS ETES DANS LA SITUATION SUIVANTE :

(Ne sélectionnez qu'un seul et unique choix)

LYCEEN (hors alternance) ETUDIANT (hors alternance) SALARIE (dont alternance) DEMANDEUR D'EMPLOI

Si vous êtes lycéen ou étudiant, veuillez compléter le cadre ci-dessous :

Lycée ou Organisme de formation :

Diplôme préparé et Classe suivie :

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

TEL. LYCEE : _____

COURRIEL : @

Diplôme le plus élevé obtenu : Date d'obtention :

PROMESSE D'EMBAUCHE

Cette promesse d'embauche doit être confirmée dans les meilleurs délais par la signature du **contrat d'apprentissage ou de professionnalisation**. Sa signature par les 2 parties contractantes **est un préalable à l'emploi** du bénéficiaire.

Nom et prénom du bénéficiaire :

Certification Préparée :

ENTREPRISE

Nom du chef d'entreprise :

Raison sociale :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone : Fax :

Email : @

Activité principale de l'entreprise :

Nombre de salarié(s) : Convention collective :

N° SIRET : Code APE :

Le(a) bénéficiaire est affecté(e) sur le site ci-dessus : Oui Non

Si non, adresse de lieu d'exécution du contrat :

.....

CONTRAT

Date : du / / au / /

Durée hebdomadaires de travail : Heures

MAÎTRE D'APPRENTISSAGE OU TUTEUR

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Fonction dans l'entreprise :

Tél. : Fax :

E-mail : @

Nombre d'années d'expérience dans le métier :

Nombre de personnes formées par le Maître d'apprentissage ou tuteur :

***Signature du Chef d'Entreprise
Et cachet de l'Entreprise (obligatoire)***