FICHE CONTACT

**** Remettre au demandeur uniquement la page 1, puis agrafer la page 1 au dossier dès retour***

M ☐ Mme ☐ Noms : …… Prénoms : ……

Date de naissance : … … / … … / … … … … **Âge :** … … **Lieu de naissance :** ……

Adresse : ……

Code postal : … … … … … **Commune :** ……

Tel. Fixe : (+… … …) - … … … … - … … - … … - … … **Tel. Portable :** (+… … …) - … … … … - … … - … … - … …

Mail : …… **@** ……

☐ J'accepte de recevoir la newsletter de l'EPL de Saint-Joseph.
Je peux me désabonner à tout moment à contact@aducagri.fr

Reconnaissance travailleur handicapé (RQTH) : ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours

Avez-vous déjà bénéficié d'un parcours d'accès individualisé (PAI) : ☐ Non ☐ Oui

FORMATION SOUHAITEE :

CFAA
Apprentissage / Alternance

Avez-vous un maître d'apprentissage ?

☐ Non, recherche en cours
☐ Oui, nom de l'entreprise : ……

☐ Parents
☐ Agriculture
☐ Agroalimentaire
☐ Agroéquipement
☐ Développement de territoire

Précisions éventuelles sur la demande (ex. : formation souhaitée, projet…): ……
……

SITUATION ACTUELLE DU DEMANDEUR :

EN ACTIVITE	SANS ACTIVITE	AUTRE
☐ **Salarié(e) :** ☐ CDI depuis le : … … / … … / … … ☐ CDD jusqu'au : … … / … … / … … ☐ **En contrat d'apprentissage** ☐ **Indépendant :** • **Secteur d'activité :** …… • **Statut juridique :** …… • **Nom de la structure :** ……	☐ **Inscrit à France Travail :** **N° identifiant :** …… **Indemnisation :** ☐ ARE ☐ ASS **Droit jusqu'au : … … / … … / … … … …** **…** ☐ **Inscrit au RSA** ☐ **Inscrit à la mission locale**	☐ **En formation** (description) : …… …… ☐ **Scolarisé** - Niveau, établissement : …… …… ☐ **Aidant familial** ☐ **AMEXA :** Depuis le : **… … / … … / … … … …** ☐ AF ☐ CE ☐ CO participante