

ADMINISTRATION

Reçu le : _____

Accepté le : _____

Numéro de dossier : _____

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE**SECRÉTAIRE MÉDICAL(E)****PIÈCES À FOURNIR**

- | | |
|--|---|
| ☐ Un curriculum vitæ actualisé avec photo | ☐ Une copie de la carte d'identité ou du passeport |
| ☐ 3 photos d'identité récentes, dont une collée ci-dessus | ☐ 12 timbres-poste tarif lettre |
| ☐ Une copie du diplôme le plus élevé obtenu | |

*Cadre réservé à l'administration.***RÉSULTATS DES TESTS D'ENTRÉE****CHOIX :** ☐ INITIALE ☐ ALTERNANCE**RÉSULTATS :** ☐ INITIALE ☐ ALTERNANCE

Nom : _____ Prénom : _____

Date des Tests : _____ Moyenne générale des Tests : ____/20

① Français : Note obtenue : ____/20

② Tests généraux : Note obtenue : ____/20

Calculs Note : ____/10, Culture générale Note : ____/20, Informatique Note : ____/20

③ Entretien : Note obtenue : ____/20

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFSLieu de formation souhaité (*par ordre de priorité*) :☐ **BESANÇON** (Priorité : ____)
7 Rue Andrey, 25000 Besançon☐ **DIJON** (Priorité : ____)
7 Rue de la Redoute, 21850 Saint-Apollinaire*Cochez la (ou les) ville(s) souhaitée(s). En cas de choix multiples, indiquez l'ordre de priorité (1 ou 2).*

☐ **ALTERNANCE** (Priorité : ____)

☐ **INITIALE** (Priorité : ____)

L'élève : Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____ CP : I _ I _ I _ I _ I Ville : _____

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

E-mail de l'élève (*obligatoire*) : _____

Numéro de sécurité sociale : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I (15 chiffres)

Le parent responsable : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP : I _ I _ I _ I _ I Ville : _____

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

E-mail (*obligatoire*) : _____

2/4

Précisez le nom, le numéro de téléphone et/ou l'e-mail de votre conseiller France Travail :

2 - Date d'inscription : /____ /____ /____/

3 - Numéro d'inscription France Travail : _____

4 - Perception de l'Aide au Retour à l'Emploi (allocations chômage) :

☐ Non ☐ Oui

Si oui, jusqu'à quelle date : _____

CURSUS SCOLAIRE

Niveau d'études : _____

Année	Diplôme(s) obtenu(s)	Établissement

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation professionnelle actuelle :

Expériences professionnelles principales :

CONNAISSANCES INFORMATIQUES

☐ Word ☐ Excel ☐ Outlook ☐ Power Point ☐ Maîtrise du clavier

☐ Autres : à préciser _____

(à titre indicatif, non forcément toutes requises)



PROJET PROFESSIONNEL

Décrivez votre projet professionnel :

S'il s'agit d'une reconversion professionnelle, donnez les raisons qui motivent votre réorientation :

SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e) _____ souhaite candidater en formation de Secrétaire Médical(e) proposée par BIOMEDAL.

Je certifie l'exactitude de toutes les informations indiquées dans ce dossier auquel je joins les pièces nécessaires à son étude.

Fait à _____, le _____

Signature du candidat

