

#### **ADMINISTRATION**

Reçu le : \_ Accepté le : \_ Numéro de dossier : \_

**PHOTO** 

## **DOSSIER DE CANDIDATURE**

# SECRÉTAIRE MÉDICAL(E)

### PIÈCES À FOURNIR

3 photos d'identité récentes, dont une	Une copie de la carte d'identité ou du passeport 12 timbres-poste tarif lettre
--	--

Cadre réservé à l'administration.

RÉSULTATS DES TESTS D'ENTRÉE			
CHOIX : 🗆 INITIALE 🗆 ALTERNANCE	RÉSULTATS : □ INITIALE □ ALTERNANCE		
Nom :	Prénom :		
Date 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 ADMINISTRATIFS**

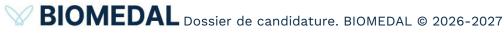
Lieu de formation souhaité (par ordre de priorité) :

☐ BESANÇON (Priorité :)	DIJON (Priorité :)
7 Rue Andrey, 25000 Besançon	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).



Voie de formation souhaitée (par ordre de priorité) : ☐ ALTERNANCE (Priorité : \_\_\_\_) ☐ INITIALE (Priorité : ) Cochez la (ou les) voie(s) souhaitée(s). En cas de choix multiples, indiquez l'ordre de priorité (1 ou 2). L'élève : Nom : \_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : à : Nationalité : Adresse : \_\_\_\_\_\_ CP : I\_\_I\_\_I\_\_I Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ E-mail de l'élève (obligatoire): Numéro de sécurité sociale : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (15 chiffres) Le parent responsable : Nom : \_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_CP:I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_Ville:\_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire): **RENSEIGNEMENTS DIVERS** Comment avez-vous connu notre centre de formation? ☐ Internet ☐ Salon (Studyrama / Etudiant) ☐ Affichage ☐ Presse. Laquelle? \_\_\_\_ ☐ Ancien élève ☐ Relation (famille, amis) ☐ Centre d'information / Orientation Autre. Précisez ? \_\_\_\_\_ Possédez-vous? ☐ Permis B ☐ Véhicule personnel Ordinateur portable (conseillé pour l'entrée en formation) ☐ Connexion à Internet **Êtes-vous?** Personne reconnue Travailleur Handicapé (TH) Si oui, avez-vous un conseiller Cap Emploi? □ Non □ Oui Précisez le nom, le numéro de téléphone et/ou l'e-mail de votre conseiller Cap Emploi : ☐ Demandeur d'emploi Si oui, 1 - Avez-vous un conseiller France Travail : □ Non □ Oui



	Précisez le nom, le numéro de téléphone et/ou l'e-mail de votre conseiller France Travail :						
	2 - D	ate d'inscripti	ion:/ /				
	2 - Date d'inscription : / // 3 - Numéro d'inscription France Travail :						
	4 - Perception de l'Aide au Retour à l'Emploi (allocations chômage) :						
	□ N	on 🗖 Oui					
			le date :				
	0. 00	i, jaoqa a qao					
CUR	SUS S	COLAIRE					
Niveau	d'étu	des :					
Ann	ée		Diplôme(s) ob	otenu(s)	Établissemer	nt	
SITU	IATIOI	N PROFESSION	INELLE				
Situati	on pr	ofessionnelle	actuelle :				
Expérie	ences	professionne	lles principales	:			
CON	NAISS	SANCES INFOR	MATIQUES				
☐ Woi	rd	☐ Excel	☐ Outlook	☐ Power Point	☐ Maîtrise du clavier		
☐ Aut	res:à	a préciser					

(à titre indicatif, non forcément toutes requises)



#### **PROJET PROFESSIONNEL**

Décrivez votre projet	professionnel :		
S'il s'agit d'une recor	nversion professionnelle, d	onnez les raisons qui motivent votre réorientation :	
SIGNATURE DU CAI	NDIDAT		
Je soussigné(e)		souhaite candidater en formation de Secré	étaire
Médical(e) proposée	par BIOMEDAL.		
Je certifie l'exactitu	de de toutes les informat	tions indiquées dans ce dossier auquel je joins les p	ièces
nécessaires à son éti			
Fait à	, le	<del></del>	

Signature du candidat