**Demande d’inscription**

**Candidature AAP Mobilisation vers la Formation**

**Selon cofinancement convention Région Nouvelle Aquitaine 2022 21621220**

«Retrouver son estime de soi pour mieux propulser sa vie personnelle et professionnelle»

****

 **Date de la demande :**

**1re session : A partir du 27 février 2023**

**2e session : A partir du 02 mai 2023**

*(Possibilité d’intégrer une session en cours de route, par validation et au cas par cas)*

**Bénéficiaire :**

Nom : …………………………………………………… Prénom : ………………………………… Date naissance : …………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………

Zone

Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel : …………………………………………………………………………………………………………………………

**Structure d’accompagnement :**

Nom de la structure …………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse …………………………………………………………………………………………………………………………

 Ville : …………………………………………………………………… Code Postal : …….………………

 ***Territoire de mise en œuvre*** (cochez la case). Zone QPV ☐Zone ZRR ☐

Téléphone …………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel …………………………………………………………………………………………………………………………

Nom du référent …………………………………………………………………………………………………………………………

Tel du référent …………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel du référent …………………………………………………………………………………………………………………………

Le bénéficiaire est accompagné par la structure depuis le : …………………………………………………

**Renseignements concernant le bénéficiaire :**

Niveau d’études : …………………………………………………………………………………………………………………………

Date du dernier emploi : …………………………………………………………………………………………………………………………

Véhicule, déplacements autonomes ☐ **OUI** ☐ **NON** (cochez la case*)*

**Situation professionnelle**

☐ Sans emploi ☐ Avec un projet professionnel (précisez ci-dessous)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Spécificité du bénéficiaire** (situation personnelle, situation de handicap, besoins spécifiques, précautions particulières ?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Allergies particulières : ……………………………………………………………. Allergies poil de cheval :** ☐OUI ☐NON

**Des projets de formation en vue ? :** ☐ **OUI** *(****Lequel ? préciser svp****)*☐ **NON**

**Si OUI : Lequel ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Auprès de quel centre de formation ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom du contact du centre de formation ?

Coordonnées ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Observations particulières (personnelles et/ou professionnelles) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Cette demande d’inscription doit faire l’objet d’une validation par notre organisme.***