مركز أبعاد للتدريب الاحترافي

|  |  |
| --- | --- |
| TITRE DE FORMATION  |   |

|  |
| --- |
| IDENTITE |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom: ……………………………. | Prénom : ……………………………. |
| Age : ………………………… ans  |  |
| Date de Naissance: ………………. | Lieu de Naissance: …………………… |
| Nationalité : ………………………...  | Adresse : ……………………………….. |
| Téléphone : ………………………..  | E- mail : ……………………………….. |
| Personne à contacter  |  |
| Nom : ……………………………… | Téléphone : …………………………… |

|  |
| --- |
| EXPERIEN CE PROFESSIONNELLE (Cocher une case) |

Occupation actuelle :

(\*)Employé(e) [ ]

(\*)Stagiaire [ ]

(\*)Aucune [ ]

Nom de l’employeur : ………………………………..

|  |
| --- |
| Mode de payement |

Par chèque [ ]

Par virement ccp [ ]

Ou contant à [ ]

 (Pour employer et stagiaire uniquement)

 Qui va payer les frais ? (cocher)

Moi-même [ ]

Mon Entreprise/Institution [ ]

Autre [ ]

Fait à....................................... le : ………../………....../………..

 (Jour) (Mois) (Année)

Signature du Candidat