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