

DEMANDE DE FORMATION – SOCLE DE COMPETENCES

à remplir complètement et très lisiblement

EMPLOYEUR

Établissement _____ Interlocuteur _____

Tel. _____ Email _____

SALARIE

NOM _____ Prénom _____ Tél. mobile _____

- PEC • CAE • Emploi d'Avenir • CDDI en SIAE • CDDU en AI
 Adulte-Relais • Service Civique Date fin de contrat : /__/__/____
 Autre statut _____ Reconnaissance officielle d'un handicap

FORMATION

Préformation et préparation à la vie professionnelle

- CODES PROFESSIONNELS : S'ADAPTER TOUT EN RESTANT SOI-MÊME
 INITIATION AU DROIT DU TRAVAIL POUR SALARIÉS EN CONTRAT AIDÉ
 CONSTRUIRE SON PROJET PROFESSIONNEL
 SE PRÉPARER AU PERMIS DE CONDUIRE
 FRANÇAIS (ALPHABÉTISATION, FLE, REMISE A NIVEAU, PROJET VOLTAIRE)

Techniques de recherche d'emploi

- AMÉLIORER SON CV ET SA LETTE DE MOTIVATION
 SE PRÉPARER AUX ENTRETIENS DE MOTIVATION ET AUX TESTS DE RECRUTEMENT
 S'ENTRAÎNER AUX TESTS PSYCHOTECHNIQUES
 RECHERCHER UN EMPLOI AVEC INTERNET

Informatique et bureautique

- INITIATION À L'INFORMATIQUE POWERPOINT
 WORD INITIATION WORD APPROFONDISSEMENT
 EXCEL INITIATION EXCEL APPROFONDISSEMENT
 INTERNET

Accueil et secrétariat

- ACCUEILLIR AU TÉLÉPHONE ET EN VIS-À-VIS
 AMÉLIORER SES ÉCRITS PROFESSIONNELS

ENGAGEMENTS

Le salarié s'engage à suivre la formation et prévenir au plus vite le FLES et l'employeur en cas d'empêchement.

Signature du salarié

L'employeur s'engage à libérer le salarié aux dates et horaires de la formation et à prévenir au plus vite le FLES en cas d'empêchement.

L'employeur atteste que les informations ci-dessus sont exactes et s'engage à communiquer le justificatif sur demande du FLES.

Signature + Cachet de l'employeur

Date :

Pour tout renseignement Tel. 01.34.82.52.37 du lundi au vendredi de 9h à 17h

A transmettre au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com



Questionnaire FSE

à remplir pour chaque bénéficiaire d'une action du FLES

L'action du **FLES** est cofinancée par le **Fonds Social Européen** ; à ce titre, l'Union Européenne nous demande de recueillir auprès des bénéficiaires des informations qui feront l'objet d'un **traitement informatique anonyme destiné au suivi et à l'évaluation des actions.** Le destinataire des données est le Ministère du Travail en tant qu'autorité de gestion du programme FSE. Conformément à la loi "Informatique et Libertés", un droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la DGEFP (dgefp.sdfse@emploi.gouv.fr, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, DGEFP SDFSE, 14 Avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP).

Ce questionnaire doit être renseigné entièrement et très lisiblement.

NOM (en capitales)

PRÉNOM (en capitales)

.....

.....

Date de naissance : (jour/mois/année) **Sexe** : homme femme

Ville de naissance : **Code Postal** : **Pays** :

Adresse (n° et nom de rue) :

Code postal : **Commune**

N° téléphone :

Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?

Inférieur à l'école primaire

Primaire, secondaire 1er cycle, CAP, BEP...

Niveau baccalauréat

Diplôme supérieur au baccalauréat

Vivez-vous seul(e) avec des enfants à charge ?

Oui

Non

Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ?

Oui

Non

Lors de votre embauche, aviez-vous le RSA, l'ASS, l'AAH ou l'API ?

Oui

Non

à transmettre au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com